

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Qualidade de vida relacionada com a saúde,
Autoconceito e Autoeficácia:
Estudo qualitativo exploratório com doentes crónicos**

Bárbara Rodrigues Herculano

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Qualidade de vida relacionada com a saúde,
Autoconceito e Autoeficácia:
Estudo qualitativo exploratório com doentes crónicos**

Bárbara Rodrigues Herculano

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2018

“(...) a última coisa a fazer é desistir. Qualquer coisa em que eu acreditasse nunca desistiria dela, por mais dificuldade que tivesse em alcançar ou até mesmo que visse quase a impossibilidade, mas enquanto existe uma réstia de esperança nunca desistiria.

A coisa que mais me custaria ou mais me custa é desistir de uma coisa em que eu acredite que possa ser alcançada.”

– Participante

Agradecimentos

Aos meus pais, que me incentivaram sempre a fazer mais e melhor, que me apoiaram nas minhas escolhas e que me permitiram chegar onde estou hoje. Obrigada por todo o apoio e oportunidades, por todo o amor e carinho.

À minha irmã, que esteve sempre disponível para ouvir os meus desabafos, que nunca duvida de mim e me lembrou todos os dias daquilo que eu sou capaz. Obrigada por seres a melhor irmã que eu podia ter.

Aos meus avós, aos que estão e aos que já não podem estar, estou eternamente grata por tudo o que me ensinaram e por terem feito de mim a pessoa que sou hoje.

À minha restante família, por estarem sempre presentes no meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional, por me lembrarem de que com esforço tudo se alcança.

Ao meu Vito, por tantas vezes me ter ouvido dizer “não posso tenho a dissertação para fazer”, sem reclamar. Obrigada por todo o amor, por teres estado presente, por me apoiares e incentivares, sempre.

À Laura, à Lili e à Joana, as melhores amigas que a faculdade me deu. Obrigada por zelarem pela minha saúde mental! Para além de companheiras académicas ao longo destes 5 anos, foram verdadeiras amigas quando mais precisei.

À Adriana e à Maria, a quem os trabalhos da faculdade me juntaram e que tantas vezes me ajudaram simplesmente por ouvirem os meus desabafos.

À Dra. Bárbara Barbosa, que me acolheu na UCCI e me fez sentir em casa. Obrigada por todo o carinho e por todos os ensinamentos.

Aos utentes da UCCI e participantes deste estudo, por abrirem o seu livro de histórias e partilharam sobre a sua vivência da doença crónica.

À Unidade de Cuidados Continuados Manuel Fanha Vieira – Provedor por me permitir recolher os dados na instituição.

Ao Professor Fradique pela orientação e discussão de ideias do presente trabalho.

Resumo

Com o aumento da prevalência de doenças crónicas torna-se fundamental estudar este âmbito e as variáveis que lhe estejam associadas. O autoconceito e a perceção de autoeficácia são determinantes no comportamento humano, sendo variáveis fulcrais na vivência do processo crónico.

Desta forma espera-se que a presente investigação venha esclarecer o impacto da doença no autoconceito e na perceção de autoeficácia, bem como a influência e a importância de incluir estes aspetos psicológicos nos programas de reabilitação direcionados a doentes crónicos.

Este estudo procura, assim, perceber que alterações ocorrem com a doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e perceção de autoeficácia do doente. Para tal realizou-se uma entrevista semiestruturada e foram aplicados os seguintes questionários: Inventário Clínico do Auto-conceito e SF-36.

Realizou-se uma análise qualitativa dos resultados obtidos através da entrevista semiestruturada e dos questionários SF-36 (v2) e ICAC, adotando-se uma perspetiva exploratória e idiográfica. Assim, recorreu-se à Análise Fenomenológica Interpretativa para analisar o conteúdo das entrevistas e a comparação dos resultados de cada participante em relação à entrevista e questionários.

Os resultados revelaram que o autoconceito e a perceção de autoeficácia são variáveis que sofrem alterações consoante os domínios de vida que são afetados pela doença crónica. Para além disso, a reabilitação foi valorizada como um meio para atingir melhorias e identificada como um processo que, através dessas melhorias, aumenta a perceção de autoeficácia. Assim, este estudo destaca a importância de promover o autoconceito e a perceção de autoeficácia, no âmbito do processo de reabilitação. Neste âmbito, discutem-se as implicações práticas para a intervenção psicológica, nomeadamente através da psicoeducação e promoção das interações sociais.

Palavras-chave: doença crónica, autoconceito, perceção de autoeficácia, reabilitação

Abstract

As the prevalence of chronic illness increases the importance of studying this field and the variables that are associated increases too. The self-concept and the self-efficacy beliefs are decisive on human behaviour which makes those variables crucial on the process of living with a chronic illness.

Thus, the present study seeks to clarify the impact of the chronic illness on self-concept and self-efficacy beliefs. Furthermore, it seeks to understand the influence and importance of including those psychological variables on recovery programs directed to chronic patients.

Therefore, the present study aims to understand what are the changes associated with the chronic process and what are the consequences for the self-concept and for the self-efficacy beliefs. To answer those questions a semi-structured interview and the application of the following questionnaires was carried out: Inventário Clínico do Auto-conceito and SF-36 (v2).

A qualitative analysis of the interview and the questionnaires was conducted adopting an exploratory and idiographic perspective. Consequently, an Interpretative Phenomenological Analysis of the content of the interviews was performed as well as an intraindividual comparison of the results obtained from the interview and the questionnaires.

The results showed that the self-concept and the self-efficacy beliefs change accordingly to the life domains that are affected by the chronic illness. Moreover, the recovery process was recognized as a means to improve and identified as a process that, through that improvement, increases the self-efficacy beliefs. As so, the present study highlights the importance of promoting the self-concept and the self-efficacy beliefs during the recovery process. This study also rises practical suggestions for the psychological intervention, specifically psychoeducation and promotion of social interactions.

Key words: chronic illness, self-concept, self-efficacy beliefs, recovery

Índice

Capítulo 1. Enquadramento teórico	1
1. Doença crónica	1
2. Qualidade de vida e a doença crónica	2
3. Autoconceito.....	3
4. Autoconceito e a doença crónica	8
5. Autoconceito e autoeficácia	9
6. O presente estudo	13
Capítulo 2. Metodologia.....	15
1. Desenho da investigação	15
2. Amostra	15
2.1. Caracterização da amostra.....	16
3. Instrumentos de recolha de dados.....	16
3.1. Questionário sociodemográfico.....	16
3.2. <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	17
3.3. Questionário do Estado de Saúde (<i>Medical Outcomes Study Short Form – SF-36</i> , versão 2)	17
3.4. Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) (A. Vaz Serra).....	18
3.5. Entrevista semiestruturada	19
4. Procedimento	20
4.1. Recolha de dados.....	20
4.2. Análise de resultados.....	21
Capítulo 3. Análise de resultados	24
1. Resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas	24
CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO	25
IMPACTO DA DOENÇA	35
RECURSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	40

PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA	43
FUTURO.....	47
2. Resultados obtidos na comparação entre o conteúdo das entrevistas e os instrumentos (SF-36 (v2) e ICAC)	52
Capítulo 4. Discussão de resultados	68
1. Discussão dos resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas	68
2. Discussão dos resultados da entrevista e dos instrumentos SF-36 (v2) e ICAC .	75
Capítulo 5. Conclusões	81
1. Principais conclusões.....	81
2. Limitação do presente estudo	83
4. Aplicabilidade do estudo	83
Referências Bibliográficas.....	85

Índice de Apêndices

Apêndice A – Protocolo de consentimento informado para os participantes

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico do participante

Apêndice C – Guião da entrevista semiestruturada

Apêndice D – Grandes categorias, categorias e subcategorias

Capítulo 1. Enquadramento teórico

Neste enquadramento teórico pretende-se explicar no que consiste o conceito de doença crónica, aprofundar a temática do autoconceito e a sua ligação com a perceção de autoeficácia. Ao abordar estes temas pretende-se clarificar a pertinência da associação entre o autoconceito e a autoeficácia no âmbito da doença crónica.

1. Doença crónica

As doenças crónicas são consideradas o desafio dos cuidados de saúde do séc. XXI, porque prevê-se que a sua prevalência aumente, sendo que este aumento parece estar relacionado com o rápido crescimento da população idosa, o aumento da esperança média de vida associada aos avanços da saúde pública e da medicina, a prevalência de determinados fatores de risco e o aumento da prevalência de múltiplas condições crónicas (Goodman, Posner, Huang, Parekh, & Koh, 2013).

O conceito de doença crónica tem sido alvo de debate, uma vez que parece ser necessário melhorar os métodos de avaliação destas condições, que permitam caracterizá-las e monitorizá-las, de forma a chegar a um consenso quanto ao significado do termo “condição crónica” (Goodman, Posner, Huang, Parekh, & Koh, 2013).

A WHO (2002) define as doenças crónicas como não sendo passadas de pessoa para pessoa, mas sendo de longa duração e, geralmente, de progressão lenta. Ainda, segundo esta organização, as condições crónicas partilham entre si dois temas: são persistentes e requerem algum nível de cuidado de saúde ao longo do tempo. Para além disso, as condições crónicas partilham algumas características, que têm impacto para a população mundial: 1) estão a aumentar; 2) são um desafio à eficiência e eficácia dos sistemas de saúde atuais e testam a capacidade de organização destes sistemas, de forma a dar resposta às suas exigências; 3) geram consequências económicas e sociais e ameaçam os recursos dos cuidados de saúde; e 4) podem ser reduzidas, mas apenas quando os líderes do governo e os cuidados de saúde aceitam a necessidade de mudança e inovação. Por último referem que as condições crónicas incluem condições não transmissíveis (e.g., diabetes, cancro, asma e doenças do coração), condições persistentes transmissíveis (e.g., HIV), perturbações mentais de longo termo (e. g., depressão) e danos físicos/estruturais adquiridos (e.g., amputações, cegueira).

De acordo com Livneh e Antonak (2005) a doença crónica leva ao aumento do stress, devido à necessidade de lidar com ameaças diárias (e.g., ao bem-estar, à

integridade corporal, independência e autonomia, conseguir realizar os papéis familiares, sociais e vocacionais, planos e objetivos futuros e estabilidade económica). De uma forma geral estas condições representam uma crise para o indivíduo, que afeta o sujeito ao nível psicológico, comportamental e o seu equilíbrio social.

Petrie e Revenson (2005) acrescentam que a doença crónica afeta de forma diferente a vida de cada sujeito, mas é comum envolver algumas limitações nas atividades diárias bem como aumento da dor e da fadiga (Franssen, Bultmann, Kant & van Amelsvoort, 2003). Para além disto, os doentes precisam de lidar com os sintomas inerentes à condição, a ambiguidade dos mesmos, a mortalidade da doença e as exigências dos tratamentos médicos, bem como os efeitos que podem surgir destes (Petrie & Revenson, 2005). Manter uma boa relação com os profissionais de saúde e com os amigos e família são, igualmente, tarefas adaptativas que surgem associadas à doença crónica (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). Assim, lidar com estes desafios obriga o doente a grandes ajustes quanto ao seu estilo de vida e à aprendizagem de novas competências (Petrie & Morris, 1997; citados por Petrie & Revenson, 2005).

Uma vez que a evolução da doença pode ser rápida ou progressiva, as exigências quanto à rapidez da adaptação são diferentes (Petrie & Revenson, 2005). Uma má adaptação à doença pode ter consequências quer ao nível médico (e.g., maior número de internamentos) quer ao nível psicológico (e.g., maior propensão para a depressão), o que, por sua vez, pode ter consequências na adoção e manutenção de programas de reabilitação, o que piora o prognóstico (Frasure-Smith & Lesperance, 2003). Também pode afetar a vida social e a rede de suporte, em particular os parceiros, que passam a lidar com grande parte das tarefas que ficam fora das possibilidades do doente crónico, ou seja, o papel que era do doente passa a ser de outro, o que pode gerar sentimentos de culpa ou de inadequação.

2. Qualidade de vida e a doença crónica

A qualidade de vida (QdV) é definida pela WHO (1991) como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (citado por Bowling, 2001, p. 6). A QdV é afetada pela saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as relações com o ambiente que a rodeia. Segundo Fleck e colegas (1999) o construto da QdV contempla três aspetos

fundamentais: 1) a subjetividade; 2) a multidimensionalidade (incluindo dimensões como a saúde física, mental, social e funcional (Post, 2014)); e 3) a presença de dimensões positivas (e.g., mobilidade) e negativas (e.g., dor).

No âmbito da doença crónica torna-se pertinente avaliar a qualidade de vida, uma vez que o processo crónico constitui um risco para a QdV, devido à incerteza quanto ao diagnóstico, prognóstico e progressão da doença, bem como os tratamentos e as alterações no quotidiano do doente (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010). Em específico, é central que se tenha em consideração a qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS), que é definida como os níveis ótimos de funcionamento mental, físico, social e de papéis (e.g., como pai, profissional), incluindo relações e perceções de saúde, *fitness*, satisfação com a vida e bem-estar (Torrance, 1987). Este conceito é considerado uma subdimensão da qualidade de vida, que se refere aos componentes objetivos da QdV, que se focam ou são afetados diretamente pela saúde, doença, perturbação ou lesão (e.g., sintomas, sinais, efeitos secundários dos tratamentos) (Dijkers, 1997).

3. Autoconceito

Antes do séc. XX parecem ter sido os filósofos, teólogos e outros profissionais a investigar a área do autoconceito. Foi, então, por volta dos anos 40 que a Psicologia e a Sociologia se interessaram pela temática (Sherif, 1972; citado por Albuquerque & Oliveira, 2002), sendo que os pioneiros deste ressurgimento foram William James e James Mark Baldwin.

Vaz Serra (1988, p. 109) define o autoconceito como “a perceção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si. É um constructo que ajuda a compreender aspectos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável, a noção de identidade e a manutenção de certos estereótipos de ação na continuidade do tempo”. Segundo o mesmo autor existem quatro tipos de influências que ajudam a construir o autoconceito: 1) o modo como os outros observam o indivíduo – a pessoa tende a observar-se da maneira como os outros o consideram (fenómeno espelho) (Shrauer & Shoeneman, 1979; citados por Vaz Serra, 1988); 2) a noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas; 3) o confronto da conduta da pessoa com a dos pares sociais com quem se identifica; e 4) a avaliação de um comportamento específico em função de valores veiculados por grupos normativos.

Quanto ao conteúdo e estrutura do autoconceito, Shavelson e Bolus (1982) referem que este é: 1) organizado, sendo que cada pessoa categoriza a informação que tem acerca de si e relaciona as categorias entre si; 2) multifacetado, as facetas particulares refletem o sistema categórico adotado por um indivíduo ou partilhado por um grupo; 3) hierárquico, com as percepções do comportamento na base passando para inferências acerca do self em subáreas (e.g., académica), para inferências acerca do self no geral; 4) estável, na medida em que o autoconceito, como um todo, é visto como mais estável e vai sendo mais diferenciado à medida que as facetas se tornam mais específicas de uma determinada situação; 5) tem capacidade para se desenvolver, o que implica que com a idade o autoconceito se torne mais específico e diferenciado (mais multifacetado); 6) descritivo e avaliativo, sendo que os indivíduos se podem descrever (e.g., eu sou feliz) e avaliar a si próprios (e.g., eu sou bom a...); 7) diferenciável, já que se pode diferenciar de outras variáveis, o que permite compará-las e estabelecer relações entre as mesmas.

Markus e Wurf (1987) referem que ao olhar para o autoconceito como sendo dinâmico (ativo, energético e capaz de mudar) pode-se inferir que permite interpretar e organizar ações e experiências relevantes para o self, tem consequências motivacionais (dando iniciativas, padrões, planos, regras e *scripts* para o comportamento) e ajusta-se em resposta aos desafios do ambiente social. Com o avanço da investigação nesta área o autoconceito passou, então, a ser visto como um sistema multidimensional e multifacetado, que se encontra sistematicamente implicado em todos os aspetos do processamento de informação.

Estes autores (Markus & Wurf, 1987) desenvolveram o modelo do autoconceito dinâmico, no qual o autoconceito é visto como uma coleção de autorrepresentações e o autoconceito de trabalho. Em relação ao primeiro fator, as autorrepresentações, dizem respeito quer a representações positivas quer negativas, que podem ser cognitivas e/ou afetivas, em qualquer formato (verbal, de imagem, neuronal ou sensorial), do que o self é, gostaria de ser, poderia ser, deveria ser ou que tem medo de ser. Por sua vez, o autoconceito de trabalho (*working self-concept*) é visto como um *subset* de representações, que está acessível num determinado momento, sendo que estas representações (do autoconceito de trabalho) variam na sua estrutura e função, e a sua ativação depende das circunstâncias sociais e do estado motivacional do indivíduo. As estruturas ativas no autoconceito de trabalho são, então, as bases nas quais o indivíduo inicia ações e também as bases para a observação, julgamento e avaliação dessas ações.

Esta influência do autoconceito de trabalho na formação e controlo do comportamento pode ser vista em duas classes de comportamentos: processos intrapessoais (processamento de informação relevante para o self, regulação de afetos e processos motivacionais) e processos interpessoais (percepção social, comparação social e procura e definição de interações com os outros).

No que diz respeito aos processos intrapessoais, se se operacionalizar o autoconceito como um conjunto de estruturas cognitivas torna-se evidente que o autoconceito pode influenciar qualquer aspeto do processamento de informação. Os indivíduos parecem ser sensíveis aos estímulos que são relevantes para o self e privilegiam o processamento desses estímulos (Markus & Wurf, 1987; Bandura, 1991), sendo que este processamento seletivo parece ocorrer mesmo fora da consciência do sujeito.

Quanto à regulação dos afetos esta frequentemente envolve defender o self de estados emocionais negativos, o que é alcançado mantendo a consistência com os estados anteriores do self (a maioria positivos) e aumentando e promovendo o self, quando assim é possível.

Por último, é importante perceber como é que os processos motivacionais (objetivos, aspirações, motivos, medos e ameaças) são representados no autoconceito. Uma vez que os indivíduos têm autoconhecimento do seu potencial e do seu futuro acabam por surgir o que Norman e Aron (2003) referem como *selves* potenciais, que são criados a partir das esperanças e dos medos do indivíduo e que podem ser influenciados pelo seu contexto social, sociocultural e histórico. A literatura tem mostrado que estas representações do self podem criar e manter a motivação e, portanto, aumentar o desempenho, por exemplo, um self que seja imaginado como bem-sucedido, levará a um melhor desempenho em tarefas que exijam persistência e esforço (Cross & Markus, 1991). Acrescentam, ainda, que quanto mais fácil for de imaginar um possível self e mais detalhado e específico for, mais acessível à consciência este estará e, portanto, mais influenciará o comportamento do sujeito para o alcançar ou evitar. Da mesma forma, se o sujeito entender que tem maior controlo do seu comportamento (controlo percebido), então mais facilidade terá em tentar alcançar/evitar o seu self possível, ou seja, maior será a sua motivação para tal. Já Wicklund e Gollwitzer (1982; citados por Markus & Wurf, 1987) abordam a ligação entre as autoconceções e a motivação enfatizando a importância do empenho/compromisso com as autodefinições, ou seja, as pessoas que estão

empenhadas numa autodefinição procuram alcançá-la, utilizando múltiplos caminhos e colocando um maior esforço para alcançar uma autodefinição desejada.

Quanto aos processos interpessoais estes dizem respeito a como as pessoas influenciam e são influenciadas pelas interações sociais, sendo que o autoconceito é um guia para o próprio interpretar as suas experiências sociais e regular a sua participação nessas experiências.

Markus e Wurf (1987) explicam, então, como o autoconceito influencia e guia quatro tipos de processos sociais. O primeiro diz respeito à percepção social, sendo que a investigação (e.g., Fong & Markus 1982; Lewicki 1983, 1984; citados por Markus & Wurf, 1987) tem mostrado que os indivíduos têm tendência para julgar os outros em dimensões que são importantes para os próprios.

O segundo processo social referido é a escolha de situação e parceiros, sendo que a escolha de situações é determinada pelo conhecimento do sujeito acerca da situação, de si e dos seus objetivos individuais. Quanto à escolha de parceiros de socialização esta escolha parece ser determinada não só pelas autoconcepções e objetivos, mas também pela percepção de adequação do parceiro para a atividade e pelo quão confortável a pessoa se sente em várias situações. Como indicado por algumas investigações (e.g., Swann, 1985) a satisfação com as relações pode depender da validação mútua das autoconcepções.

Por sua vez, o terceiro processo social referido diz respeito às estratégias de interação, sendo que o self parece funcionar de forma a perceber e criar condições para as interações, bem como para as orientar durante o seu desenrolar. A investigação realizada neste âmbito focou-se em como a pessoa tenta adaptar uma identidade particular na mente da sua audiência, usando estratégias que preencham os seus motivos. Estes motivos e objetivos variam de acordo com a audiência em questão, o que implica que a identidade adaptada também varie.

Por último, Markus e Wurf (1987) explicam a influência do self nas reações ao feedback, sendo que o indivíduo nas suas interações presta atenção às reações dos outros e comportamentos do próprio (Darley & Fazio, 1980), o que funciona como feedback para o self. A congruência e o valor atribuído a este feedback, em conjunto com os objetivos e as relações entre os sujeitos envolvidos, determina as reações cognitivas, afetivas e comportamentais do indivíduo. A investigação tem colocado a hipótese de que o indivíduo procura informação de forma a obter feedback confirmatório, sendo que

quando o feedback é congruente com as autorrepresentações é autoconfirmatório e pode ter um impacto afetivo positivo (Schlenker, 1985; citado por Markus & Wurf, 1987). Quando o contrário acontece, ou seja, o feedback é incongruente, o indivíduo pode reconciliar cognitivamente as discrepâncias ou agir contra ou a favor das mesmas.

Como os resultados do comportamento inter e intrapessoal do indivíduo determinam o seu estado motivacional e as condições sociais do próximo ciclo de autorregulação, faz sentido aqui explicar como é que os indivíduos controlam e direcionam as suas ações. Assim, o processo de autorregulação envolve vários componentes: estabelecimento de objetivos, preparação cognitiva para a ação e ciclo cibernético do comportamento (Markus & Wurf, 1987). O estabelecimento de objetivos parece depender de três fatores: 1) as expectativas, por exemplo, acerca das capacidades do próprio e do controlo sobre o seu comportamento, expectativas acerca dos resultados que determinado comportamento terá, ou inclusive, o que Bandura (1991) denomina de expectativas de autoeficácia (que determinam as ações colocadas em prática bem como o esforço e persistência); 2) os fatores afetivos como as necessidades, motivos ou valores, que se relacionam na medida em que estes três fatores contribuem para a formação ou ativação de autoconceções no autoconceito quando o comportamento é ativado; 3) e as autoconceções desejáveis, derivadas da história pessoal e social do indivíduo, isto é, a pessoa pode selecionar objetivos que representam não só sucessos, mas autodefinições estáveis, sendo que, assim, os objetivos de vida tornam-se personalizados em autoconceções desejáveis que motivam a seleção de determinados objetivos e comportamentos.

Quanto ao planeamento e seleção de estratégias (ou preparação cognitiva para a ação) esta refere-se ao repertório de estratégias e o conhecimento metacognitivo acerca de quais as estratégias que serão úteis em determinadas situações ou na concretização de determinados objetivos (Flavell, 1979; 1981; Mischel, 1981; Sternberg, 1984; citados por Markus & Wurf, 1987).

Por último, o ciclo cibernético do comportamento é composto por 4 fases: o comportamento, a sua monitorização (o indivíduo presta atenção a vários aspetos do seu comportamento, como a qualidade ou quantidade), a sua autoavaliação (com base nos próprios valores/padrões ou de outros significativos) e o reforço ou punição sob sentimentos de aprovação ou desaprovação e recompensas tangíveis. Assim, a

autorregulação relaciona-se com o autoconceito, na medida em que o autoconceito parece ser uma variável crítica no processo autorregulatório.

4. Autoconceito e a doença crónica

Como se verificou anteriormente, o autoconceito tem um papel central para o funcionamento e bem-estar do indivíduo, enquanto regulador e mediador do comportamento, de perceções e expectativas pessoais (Albuquerque & Oliveira, 2002). Gomes e Ribeiro (2001) referem que um autoconceito realista, consistente e positivo parece favorecer o confronto com situações de stress, influenciando a perceção geral de saúde e do bem-estar. Estes autores concluíram que o autoconceito parece influenciar a adaptação ao contexto hospitalar e a recuperação da doença, o que significa que o processo crónico pode colocar em causa a perceção que o indivíduo tem de si (Ellis-Hill & Horn, 2000) e ter impacto na vivência da doença.

Joyce-Moniz e Barros (2005) referem que a adaptação ao processo crónico pode refletir uma crise de identidade, que inclui uma transformação de valores, normas e atitudes, a que o sujeito pode responder com reações emocionais (e.g., ansiedade, cólera e depressão), já que pode levar a que desvalorize o seu presente e futuro, conformar-se com a fatalidade da doença ou culpar-se por não ter prevenido a sua progressão. Esta crise pode, igualmente, implicar ações de confronto desajustadas, como evitamento ou fuga, ou até mesmo ideação paranóide e parassuicida.

Para além desta possibilidade inerente à condição crónica, as características individuais parecem condicionar o significado que cada um atribui aos acontecimentos de vida, a forma como percecionam os sintomas e as estratégias que mobilizam para lidar com as situações associadas à doença, e que, consequentemente, podem levar a um ajustamento ou desajustamento do bem-estar (Gomes & Ribeiro, 2001). Um exemplo disto é o estudo de Helfrich, Kielhofner e Mattingly (1994). Neste estudo os autores verificaram que a mesma doença (bipolar) afeta os participantes, mas que esta tem diferentes significados para cada um. Concluíram que o que está em causa não são os eventos em si, mas sim o significado que deles emerge, o que tem implicações na definição de objetivos, que afeta o desempenho direcionando a atenção e mobilizando esforços e mantendo-os face a obstáculos (Bandura, 1991).

Tyerman e Humphrey (1984) verificaram que, em pacientes com lesão severa na cabeça, o seu autoconceito sofreu profundas mudanças após a lesão. Os participantes

reportaram ter mudado substancialmente, mas que no espaço de um ano esperavam recuperar o seu self pré-mórbido, ainda que este último self fosse considerado mais positivo do que numa pessoa sem lesão da mesma idade e sexo. Concluíram, ainda, que os indivíduos com lesão se classificavam mais negativamente do que indivíduos sem lesão, em cerca de metade das dimensões avaliadas (e.g., física, percetiva, memória). Para além disto, muitos descreveram uma redução na sensação de valor pessoal e estavam conscientes das incapacidades.

Segundo Ellis-Hill e Horn (2000) em casos de AVC, à semelhança das lesões na cabeça, é expectável que o autoconceito mude à medida que o sujeito vai experienciando uma relação diferente da que conhecia com o seu corpo, a sua família e a sociedade. Neste estudo verificaram que o grupo que sofreu AVC avaliou o seu autoconceito atual como semelhante ou mais negativo do que o seu autoconceito passado, sendo que os doentes se descreveram como menos capazes, independentes e em controlo, e menos satisfeitos, interessados, ativos, confiantes e com menos valor do que antes do AVC. Contudo, continuaram a ver-se tão amigáveis, calmos, afetuosos e esperançosos como antes do AVC.

5. Autoconceito e autoeficácia

Segundo Bandura (1991) o sucesso na autorregulação depende, em parte, da atenção prestada ao desempenho, as condições em que ocorre e os efeitos produzidos. Ao observar o seu desempenho o sujeito estabelece objetivos, autoavalia as suas reações e mobiliza esforços para alcançar esses objetivos. Este processo de automonitorização depende das estruturas cognitivas pré-existentes e das crenças do sujeito, que influenciam a atenção, a perceção e como a informação do desempenho é organizada na memória.

A ação humana é exercida através de processos do *self*, que influenciam a seleção e construção de ambientes, que, por sua vez, têm impacto na motivação, emoção e ação, já que são os processos do *self* que dão significado e valência aos eventos externos (Bandura, 1993). Os mecanismos de ação permitem ao indivíduo fazer atribuições causais ao seu funcionamento, sendo que as crenças de autoeficácia têm um papel fulcral neste processo (Bandura, 1991; 1993). As crenças de autoeficácia dizem respeito à perceção que cada um tem acerca das suas capacidades para exercer controlo sobre o seu nível de funcionamento e os eventos que afetam as suas vidas (Bandura, 1993), sendo que influenciam as escolhas que se fazem, as ambições, quanto esforço é mobilizado para

determinada situação, quanto tempo se persevera face a obstáculos/dificuldades, quais os padrões de pensamento, a quantidade de stress que se experiencia ao lidar com as exigências ambientais e a vulnerabilidade à depressão (Bandura, 1991), ou seja, influenciam como a pessoa se sente, pensa, se motiva e comporta, e produzem efeitos através de quatro processos principais: cognitivos, motivacionais, afetivos e processos de seleção.

No âmbito cognitivo as crenças de autoeficácia influenciam os cenários antecipatórios que são construídos e ensaiados, sendo uma das principais funções do pensamento prever eventos e desenvolver formas de controlar os seus efeitos. Assim, uma maior autoeficácia implica a construção de mais cenários de sucesso, que fornecem guias e suporte positivo para o desempenho, por outro lado, quem duvida da sua eficácia concebe cenários de insucesso e enfatiza o que pode correr mal (Bandura, 1991; 1993). O funcionamento cognitivo é afetado pelas crenças quanto à habilidade do próprio (Nicholls, 1984), isto é, enquanto uns veem a habilidade como uma capacidade que pode ser melhorada através da aquisição de conhecimento e de competências (o que implica que estes indivíduos estabelecem objetivos de aprendizagem funcional, que veem os erros como uma fonte de aprendizagem, não são facilmente afetados pelas dificuldades e julgam as suas capacidades mais com base no desenvolvimento pessoal do que na comparação dos sucessos dos outros), outros veem como uma capacidade inerente (o desempenho é visto como uma reflexão das capacidades intelectuais do próprio, sendo que os desempenhos deficitários representam avaliações ameaçadoras de que têm baixa inteligência e, por isso, preferem tarefas que minimizem os erros; o sucesso dos outros pode minimizar a habilidade própria percebida). Como a maioria das atividades não fornece padrões objetivos que permitam avaliar a habilidade, a pessoa recorre à comparação das suas capacidades em relação aos sucessos dos outros, o que tem impacto nos mecanismos autorregulatórios (a pessoa ao ver-se ultrapassada pelos outros diminui a sua eficácia pessoal, aumenta o pensamento analítico errático e, progressivamente, compromete os sucessos do desempenho; em contraste, ao ganhar eficácia pessoal, promove o pensamento eficiente e aumenta os sucessos de desempenho) (Bandura & Jourden, 1991). Outro sistema de crenças refere-se à questão de até que ponto a pessoa percebe o seu ambiente como controlável – controlo percebido -, que tem dois aspetos: 1) o nível e força da eficácia pessoal para produzir mudanças pela perseverança e uso criativo das capacidades e recursos; 2) a modificabilidade do ambiente (limitações e

oportunidades criadas pelo ambiente) – pessoas que duvidam de si antecipam a futilidade dos seus esforços para modificar a situação e produzem pouca mudança mesmo em ambientes que fornecem oportunidades, já aqueles que têm crenças firmes de eficácia, através da engenhosidade e perseverança, descobrem formas de exercer algum controle mesmo em ambientes com oportunidades limitadas.

Quanto aos processos motivacionais as crenças de autoeficácia têm um papel importante na sua regulação, uma vez que a motivação é gerada cognitivamente, e, portanto, o ser humano motiva-se e guia as suas ações através da antecipação – forma crenças acerca do que consegue fazer e dos resultados das suas ações futuras. Bandura (1993) refere 3 formas de motivação cognitiva, nas quais as crenças de autoeficácia têm influência: atribuições causais (afetam a motivação, desempenho e reações emocionais), expectativas de resultados (a motivação é guiada pela expectativa de que o comportamento produzirá certos resultados e do valor dos mesmos) e objetivos estabelecidos (ao estabelecer determinados objetivos a pessoa direciona o seu comportamento e cria incentivos de forma a persistir até alcançar esses objetivos). Assim, pode-se dizer que as crenças de autoeficácia contribuem em muito para a motivação, na medida em que determinam os objetivos, quanto esforço é despendido, quanto tempo se persevera face a dificuldades e a resiliência aos insucessos.

No que toca aos processos afetivos/emocionais, as crenças nas capacidades afetam quanto stress e depressão a pessoa sente em situações ameaçadoras ou difíceis, bem como o seu nível de motivação (Bandura, in press). A eficácia percebida para exercer controle sobre stressores tem um papel central no despoletar da ansiedade – o indivíduo que acredite que consegue controlar as ameaças que surgem não tem padrões de pensamento disfuncionais, mas quem acredita não conseguir pode experienciar uma maior ansiedade, havendo uma deficiência nas suas estratégias de *coping*. O stress também é afetado pela eficácia do controlo de pensamentos perturbadores, eficácia esta que é responsável pela regulação dos pensamentos que produzem o stress e a depressão (Kent & Gibbons, 1987).

Por último, no que diz respeito aos processos de seleção, as crenças de autoeficácia podem delinear o curso de vida ao influenciar a escolha de atividades e ambientes – evita-se atividades e situações que se acredita excederem as capacidades de *coping*, mas participa-se em atividades desafiantes e seleciona-se situações que se julga capaz de lidar (Bandura, 1993).

Numa revisão feita por Jones e Riazi (2011) procuraram avaliar a influência da autoeficácia nos resultados da reabilitação pós-AVC, sendo que verificaram que, numa variedade de condições crônicas, a autoeficácia tem sido relacionada com vários resultados, incluindo o humor, a qualidade de vida e independência funcional (Bury, Newbould & Taylor, 2005; citados por Jones & Riazi, 2011). Entre estes estudos está o de Robinson-Smith, Johnston e Allen (2000), no qual procuraram descrever a relação entre a autoeficácia do cuidado (confiança da pessoa na sua capacidade para desempenhar atividades relevantes de autocuidado) e a qualidade de vida e depressão, 1 mês e 6 meses após o AVC. Concluíram que a autoeficácia do cuidado se relaciona com ambas as variáveis: quando a autoeficácia do cuidado aumenta, também a qualidade de vida aumenta; quanto à depressão, quanto menos deprimido maior a autoeficácia do cuidado. Em relação à qualidade de vida, 6 meses pós-AVC, os itens que tiveram uma pontuação mais baixa dizem respeito à falta de trabalho, vida sexual, incapacidade para viajar em férias e ter atividades de lazer, a quantidade de stress e preocupações na sua vida e o potencial de viver durante muito tempo. No que diz respeito aos sintomas depressivos estes estavam presentes em 25% dos sujeitos, 1 mês após o AVC, e em 15%, após 6 meses. Os autores referem, ainda, que a reabilitação, através da modelagem, pode ser uma fonte de aprendizagem, na qual o paciente observa os outros com dificuldades semelhantes às suas e aprende que uma determinada tarefa é possível.

Um outro estudo (longitudinal) procurou aferir qual a relevância de medir a autoeficácia percebida, em termos de eficácia em relação às quedas, na reabilitação de pacientes geriátricos que sofreram AVC (Hellstrom, Lindmark, Wahlberg, & Fugl-Meyer, 2003). Concluíram que certas variáveis (e.g., continência urinária, grau de incapacidade motora, idade, orientação e nível de consciência, equilíbrio) têm valor preditivo em relação à recuperação pós-AVC e que os pacientes com baixa autoeficácia, no momento da alta, mostraram menos melhorias do que os com alta autoeficácia, o que revela que a autoeficácia é um bom preditor do desempenho das AVD (10 meses pós-AVC), indicando que os benefícios da reabilitação podem aumentar se incluírem a autoeficácia na avaliação e tratamento (Hellstrom, Lindmark, Wahlberg, & Fugl-Meyer, 2003).

Também Middleton, Tran e Craig (2007) concluíram que, em pacientes com lesão na espinal medula, existe uma relação entre a autoeficácia e a qualidade de vida, em que as pessoas com baixos níveis de autoeficácia reportaram níveis significativamente mais

baixos de QdV do que os indivíduos com níveis elevados de autoeficácia, da população geral.

A partir do que foi supramencionado verifica-se, então, que com o aumento da prevalência de doenças crónicas torna-se cada vez mais importante explorar esta área e as variáveis que lhe estejam associadas.

O autoconceito tem sido uma das variáveis mais estudadas no âmbito da doença crónica, uma vez que o processo crónico surge como um stressor no quotidiano do doente, causando várias mudanças e desafios adaptativos, que colocam em causa a perceção que o indivíduo tem de si (e.g., Ellis-Hill & Horn, 2000; Joyce Moniz e Barros, 2005), bem como a perceção sobre a sua qualidade de vida (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

O *self* inclui não só perceções atuais, mas também passadas e futuras (Cross & Markus, 1991), que influenciam os processos que se manifestam no comportamento humano, e nos quais a autorregulação está necessariamente implicada. A autorregulação tem subjacente as crenças de autoeficácia, que determinam como as subfunções do sistema autorregulatório operam, através do estabelecimento de objetivos, escolha de atividades, persistência, esforço dispensado e resolução de problemas (Woodgate & Brawley, 2008), isto é, as crenças de autoeficácia são um dos mecanismos mediados por processos do *self*, que influenciam como a pessoa se sente, pensa, motiva e comporta (Bandura, 1991; 1993), sendo, portanto, igualmente afetadas pela doença crónica, como foi evidenciado anteriormente.

6. O presente estudo

Tendo por base a revisão de literatura realizada conclui-se que é pertinente estudar o autoconceito e a autoeficácia no âmbito da doença crónica. Assim, este estudo pretende clarificar o impacto da doença nessas duas variáveis e, adicionalmente, explorar a importância de incluir estas variáveis psicológicas no processo reabilitação.

Deste modo o presente estudo tem como principal objetivo:

1. Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e perceção de autoeficácia do doente crónico.

Relativamente aos objetivos específicos, o presente estudo visa:

1. Avaliar qual a percepção que os participantes têm do seu autoconceito;
2. Compreender se a doença crónica dos sujeitos trouxe implicações para o seu quotidiano;
3. Compreender se os participantes percecionam alterações no seu autoconceito devido à doença e explorar quais são essas alterações;
4. Compreender se as alterações que ocorrem no autoconceito dos sujeitos, devido à doença, trazem implicações para o seu quotidiano;
5. Compreender se os participantes percecionam alterações na sua percepção de autoeficácia devido à doença;
6. Compreender qual a percepção de autoeficácia dos participantes, em relação aos seus objetivos para a reabilitação e futuro, bem como a sua percepção de controlo;
7. Compreender se há relação entre o autoconceito e a qualidade de vida relacionada com a saúde;
8. Avaliar qual a percepção que os participantes têm da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Capítulo 2. Metodologia

1. Desenho da investigação

O presente estudo é de natureza exploratória e descritiva, na medida em que pretende compreender qual o impacto da doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e para a perceção de autoeficácia do doente crónico.

Para alcançar os objetivos estipulados do estudo optou-se por uma metodologia qualitativa, na medida em que se procura, através da entrevista semiestruturada, dar a oportunidade ao participante de responder nas suas palavras, de forma a explicar os seus pensamentos e destacar determinados pontos que considere pertinentes (Horton, Macve & Struyven, 2004). Para além disso foram aplicados três questionários, de forma a avaliar objetivamente as variáveis do autoconceito, qualidade de vida relacionada com a saúde e défice cognitivo. Estes questionários foram respondidos pelos participantes.

2. Amostra

A amostra considera-se não-probabilística por conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados numa instituição em que os utentes são portadores de, pelo menos, uma doença crónica, o que possibilitará uma compreensão mais aprofundada e contextualizada sobre o impacto da doença no autoconceito do doente e a sua influência na perceção de autoeficácia. A instituição em causa foi a Unidade de Cuidados Continuados (UCCI) Manuel Fanha Vieira – Provedor, do concelho de Entroncamento.

Os critérios de inclusão contemplaram as seguintes características: 1) ser maiores de 18 anos; 2) ter nacionalidade portuguesa; 3) ter, pelo menos, uma doença crónica diagnosticada; 4) não apresentar dificuldades de compreensão e expressão; 5) não apresentar défice cognitivo, despistado pelo MMSE.

Os participantes foram contactados presencialmente, de modo a aferir o seu interesse e disponibilidade para participar no estudo.

2.1. Caracterização da amostra

Tabela 1

Caracterização da amostra do estudo quanto à idade, género, estado civil e diagnóstico clínico.

	Idade	Género	Estado Civil	Diagnóstico
Participante 1	59	Masculino	Solteiro	Gastrectomia; Prótese total da anca; Enfarte agudo do miocárdio
Participante 2	75	Feminino	Casado	Osteoporose; Obesidade; Gastrite; Prótese total do joelho bilateral
Participante 3	67	Feminino	Solteiro	Neoplasia do ângulo hepático do cólon
Participante 4	62	Feminino	Solteiro	Epilepsia; Reumatismo
Participante 5	32	Feminino	Divorciado	Acidente Vascular Cerebral (em 2014 e 2015); Trombose venosa cerebral; Hipertensão arterial
Participante 6	58	Masculino	Solteiro	Doença neurológica periférica (traumatismo do parto); esofagite grave com Barrett

3. Instrumentos de recolha de dados

3.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) abrange questões que visam a caracterização sociodemográfica dos participantes, nomeadamente idade, sexo, escolaridade, profissão atual ou anterior, número de filhos, se tinha outras pessoas dependentes de si, estado civil, motivo de internamento/doença crónica, religião, e se após

o diagnóstico médico teve acompanhamento psicológico e porquê. Os participantes preencheram este questionário antes de responder aos questionários, a seguir mencionados, e à entrevista.

3.2. *Mini Mental State Examination* (MMSE)

O *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, traduzido e adaptado por Guerreiro et al., 1994) é um instrumento utilizado como um primeiro passo para a deteção de declínio cognitivo, ou seja, para triagem e não como meio de diagnóstico (Guerreiro, 2010).

É um instrumento de aplicação rápida (menos de 10 minutos), para a avaliação do desempenho cognitivo, no qual a pontuação total é de 30 pontos e tem diferentes pontos de corte em função da escolaridade, de modo a permitir diferenciar entre pessoas com e sem défice cognitivo (Guerreiro, 2010). Estes 30 pontos dizem respeito aos 30 itens que compõem o teste e que examinam a orientação no tempo e no espaço (dez itens), memória (três itens), atenção e cálculo (cinco itens), evocação (três pontos) e linguagem oral (nomeação e compreensão) e escrita (nove itens).

Quanto às propriedades psicométricas, o MMSE revela boa concordância entre a aplicação por clínicos gerais e por neuropsicólogos e alta fiabilidade teste-reteste (Guerreiro, 2010).

A escolha deste instrumento na presente investigação prende-se com o facto de, para além das suas qualidades psicométricas, ser aplicado a todos os utentes, que são admitidos no local da recolha de dados.

3.3. Questionário do Estado de Saúde (*Medical Outcomes Study Short Form – SF-36, versão 2*)

O *Medical Outcomes Study* SF-36 (MOS SF-36) foi o resultado de um estudo desenvolvido por John Ware e os seus colegas (Ware & Sherbourne, 1992; McHorney, Ware, & Raczek, 1993) (traduzido e adaptado por Ferreira, 2000a; 2000b), que procuraram identificar os fatores que explicam a variação dos resultados nos pacientes quanto à eficácia dos tratamentos médicos, acabando por desenvolver instrumentos práticos de medição, entre os quais resultou o MOS SF-36.

Este instrumento tem como objetivo medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada pessoa (Ferreira, 2000a). Quanto aos seus resultados, quanto maior for o resultado obtido pelo indivíduo melhor será o seu estado subjetivo de saúde, sendo que dentro de cada escala os resultados variam entre zero e cem (Ferreira, 2000a).

É um questionário que se encontra aferido para a população portuguesa, sendo que pode ser aplicado a partir dos 14 anos de idade, e é constituído por 36 itens, que cobrem 8 dimensões de estado de saúde e detetam tanto estados de saúde positivos como negativos. O conteúdo destas dimensões refere-se a dois fatores principais: a saúde física e a saúde mental. O primeiro fator é composto por: 1) função física (pretende medir desde a realização de atividades físicas menores até às mais exigentes); 2) desempenho físico (pretende medir as limitações em relação ao tipo e quantidade de trabalho executado); 3) dor física (refere-se à intensidade, desconforto e interferência da dor nas atividades do quotidiano); e 4) saúde em geral (procura medir o conceito de percepção holística da saúde). Já o segundo fator diz respeito a: 1) saúde mental (inclui questões relacionadas com quatro dimensões da saúde mental – ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico); 2) desempenho emocional; 3) função social (pretende avaliar a quantidade e qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas mesmas atividades); e 4) vitalidade (esta escala inclui os níveis de energia e de fadiga e é a que permite avaliar melhor as diferenças de bem-estar) (Ferreira, 2000a).

O MOS SF-36 foi validado numa amostra de 930 mulheres grávidas e no período pós-parto e, para estudar a sua precisão, recorreram ao procedimento de teste-reteste, calcularam a correlação da divisão em metade, bem como o coeficiente do alfa (Ferreira, 2000b). Concluíram, assim, que tem bons níveis de consistência interna e de estabilidade temporal.

3.4. Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) (A. Vaz Serra)

Vaz Serra (1986) construiu esta escala para ser usada em contexto clínico, com o objetivo de registar dados significativos, relacionados com o autoconceito social e emocional, que são importantes no ajustamento pessoal (Bandura, 1978; Fleming & Courtney, 1984; citados por Vaz Serra, 1986). Foi nomeada como inventário, porque fornece uma nota global e permite extrair vários índices informativos sobre a pessoa. Na

sua base está a concepção de que o autoconceito deve ser considerado uma medida de traço de personalidade sendo, assim, uma dimensão estável.

Este instrumento é de autorrelato e é constituído por 20 itens, que são cotados de 1 (não concordo) a 5 (concordo muitíssimo), sendo que quanto mais alta a pontuação melhor o autoconceito do indivíduo. Estes itens encontram-se distribuídos por seis fatores: 1) aceitação/rejeição social; 2) autoeficácia (itens remetem para aspetos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades); 3) maturidade psicológica; 4) impulsividade-atividade; e os dois últimos fatores não têm denominação, uma vez que são fatores mistos.

No que diz respeito às características psicométricas, o instrumento tem uma boa consistência (Coeficiente de Spearman-Brown de 0.791) e estabilidade temporal (coeficiente de correlação teste-reteste de 0.838), bem como bons resultados quanto à sua validade.

3.5. Entrevista semiestruturada

A entrevista tem a vantagem de permitir ao entrevistador estar preparado, uma vez que as perguntas podem ser preparadas antes do momento da entrevista, permite fazer questões para aprofundar o que o entrevistado diz e, também, clarificar contradições que possam surgir (Horton, Macve & Struyven, 2004; Stuckey, 2013). Da mesma forma, permite ao participante responder nas suas palavras e não com respostas fixas, como são as dos testes (Stuckey, 2013), de forma a explicar os seus pensamentos e destacar determinados pontos que considere pertinentes (Horton, Macve & Struyven, 2004). Assim, verifica-se que este método qualitativo trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, sendo que vai para além do observável ao estabelecer inferências e atribuir significados ao comportamento (Silva, 2010).

Na entrevista semiestruturada, após preparar as questões previamente, o entrevistador procura colocar as questões chave, mas encontra-se atento de forma a dirigir a discussão para o assunto que interessa e acrescenta questões, para clarificar ou recompor o contexto da entrevista (Boni & Quaresma, 2005). De uma forma geral este tipo de entrevista permite investigar aspetos afetivos e valorativos dos entrevistados, que determinam significados pessoais das suas atitudes e comportamentos (Boni & Quaresma, 2005).

Desta forma, a investigadora principal do estudo procurou construir um guião (Apêndice C), para estar preparada e poder guiar a entrevista, com o objetivo de compreender de forma mais aprofundada e contextualizada o impacto da doença no autoconceito do doente e na perceção de autoeficácia, dando ao mesmo tempo o espaço e liberdade para que o participante se expresse e partilhe o que para si é importante.

4. Procedimento

4.1. Recolha de dados

Após a autorização da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e da Unidade de Cuidados Continuados Manuel Fanha Vieira – Provedor, os utentes foram contactados presencialmente, de modo a aferir o seu interesse e disponibilidade para participar no estudo.

Antes da aplicação dos instrumentos e realização da entrevista, os participantes procederam à leitura e assinatura do consentimento informado (Apêndice A), que contempla os objetivos do estudo, a possibilidade de desistência dos participantes, sem quaisquer prejuízos diretos ou indiretos para o próprio e o facto de todos os dados recolhidos serem confidenciais e sujeitos a um processo de anonimização. Também foi pedida autorização aos participantes para a gravação áudio da entrevista, tendo o cuidado de esclarecer que estas gravações são acedidas unicamente pela investigadora do estudo e seu orientador, e que, após os dados estarem transcritos, as gravações seriam imediatamente destruídas.

Foram realizados dois momentos de recolha de dados: o primeiro para aplicação dos instrumentos psicométricos e o segundo para a realização da entrevista, que foi realizada num gabinete ou no quarto dos participantes, em privado, de forma a garantir a privacidade dos mesmos e evitar interrupções.

É importante, ainda, referir que o preenchimento dos questionários foi feito pela investigadora, enquanto os utentes responderam oralmente, em condições em que estes tinham algumas capacidades comprometidas devido à doença (e.g., paresia do membro superior devido a AVC).

4.2. Análise de resultados

4.2.1. Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas

Após a transcrição das entrevistas, na íntegra, as mesmas foram analisadas com base na análise fenomenológica interpretativa (AFI). A AFI foi desenvolvida por Jonathan Smith, com o objetivo de permitir uma exploração rigorosa das experiências idiográficas e subjetivas, em específico, as cognições sociais (Biggerstaff & Thompson, 2008).

Smith (2004) refere que a AFI tem três características: é idiográfica, indutiva e interrogativa. Idiográfica, uma vez que começa com a análise detalhada de cada um dos casos, sendo feita uma análise transversal posteriormente a se ter identificado todos os temas para cada participante. Indutiva, porque é uma metodologia que utiliza técnicas flexíveis que permitem que possam emergir tópicos ou temas imprevistos durante a análise, em vez de procurar comprovar ou negar determinadas hipóteses estabelecidas com base na literatura. Por último, é interrogativa no sentido em que a AFI partilha constructos e conceitos das principais correntes da Psicologia, e, portanto, pode contribuir para a investigação através do questionamento ou esclarecimento da investigação já existente.

De acordo com Biggerstaff e Thompson (2008) a análise AFI consiste em quatro passos: 1) ler atentamente e reler o texto, sendo que o investigador tem de procurar colocar de parte os seus pressupostos e julgamentos, focando-se apenas nos resultados apresentados; 2) no momento de reler o investigador deve identificar temas que melhor captam as qualidades essenciais da entrevista e procurar por possíveis ligações entre os temas; 3) tentar criar uma estrutura geral da análise, identificando temas em “clusters” ou conceitos, com o objetivo de criar relações hierárquicas entre os grupos de temas; e 4) desenvolver uma lista ou tabela dos temas (com citações), de forma a localizar os temas num sistema ordenado que identifique as características e problemáticas principais identificadas pelo participante.

A escolha desta análise para o presente estudo prende-se com o facto da AFI ser uma metodologia orientada para o participante (*participant-oriented*), o que permite explorar as suas experiências vividas e narrar os dados através dessas mesmas experiências (Alase, 2017).

Assim, a presente análise dos dados foi realizada segundo uma abordagem *bottom-up*, isto é, os dados foram analisados do particular para o geral. Para tal, e à semelhança do que foi referido acima acerca dos passos da AFI, em primeiro lugar foram identificados os rótulos subjacentes às verbalizações dos participantes, sem serem sujeitos a qualquer pressuposto teórico. Posteriormente, os rótulos foram inseridos em subcategorias, das quais emergiram categorias mais gerais, que englobam as subcategorias de forma clara e organizada.

A análise das entrevistas encontra-se no capítulo 3 do presente estudo.

4.2.2. Análise individual dos resultados dos questionários

O procedimento de análise dos questionários (SF-36 (v2) e Inventário Clínico do Autoconceito) foi realizado qualitativamente para cada um dos participantes. Posteriormente, e após a análise do conteúdo das entrevistas, a informação obtida foi comparada e complementada pelos dados obtidos através dos questionários.

Os resultados da análise comparativa entre as entrevistas e os questionários serão descritos no capítulo seguinte, procurando dar resposta aos seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e percepção de autoeficácia do doente crónico.

Objetivos específicos

Avaliar qual a percepção que os participantes têm do seu autoconceito.

Avaliar qual a percepção que os participantes têm da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Compreender se os participantes percecionam alterações no seu autoconceito e explorar quais são essas alterações.

Compreender se há relação entre o autoconceito e a qualidade de vida relacionada com a saúde.

A divisão dos resultados pelos três domínios do SF-36 (v2) prende-se com o facto de dois dos objetivos específicos do presente estudo terem que ver com a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. A informação relacionada com o impacto da

doença no autoconceito e percepção de autoeficácia encontra-se enquadrado nesses mesmos domínios, consoante as alterações identificadas pelos participantes.

Capítulo 3. Análise de resultados

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos através da análise do conteúdo das entrevistas, assim como a comparação entre os dados recolhidos através dos questionários SF-36 (v2) e ICAC e as entrevistas.

Os resultados são apresentados, de seguida, de acordo o objetivo geral e objetivos específicos da investigação.

1. Resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas

Nesta secção são apresentadas as grandes categorias, categorias e subcategorias, que resultaram do processo de análise, incluindo a sua caracterização e verbalizações ilustrativas fornecidas pelos participantes no âmbito das entrevistas. Estas verbalizações foram codificadas de acordo com o participante a que correspondem (e.g., P1, P2, P3...) e à ordem em que a verbalização ocorreu na entrevista (e.g., P1, 1; P1, 20;...).

Da análise de dados da entrevista emergiram as seguintes 8 grandes categorias: Impacto da Doença, Recurso aos Cuidados de Saúde, Categorias Relativas ao Autoconceito, Perceção de Autoeficácia, Futuro, Explicação e Vivência da doença, Experiências de vida e Outras. A descrição das três últimas grandes categorias encontra-se no Apêndice D, uma vez que não se relacionam diretamente com os objetivos da presente investigação.

Na apresentação de resultados, a qual diz respeito este capítulo, encontram-se descritas as grandes categorias e categorias, que se relacionam diretamente e são relevantes para os objetivos do estudo. As restantes subcategorias podem ser consultadas no Apêndice D, não sendo descritas neste capítulo devido ao grau de pormenor que apresentam.

Objetivo Geral

Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e perceção de autoeficácia do doente crónico.

Objetivos Específicos

Avaliar qual a perceção que os participantes têm do seu autoconceito.

Compreender se os participantes percebem alterações no seu autoconceito devido à doença e explorar quais são essas alterações.

Compreender se as alterações que ocorrem no autoconceito dos sujeitos, devido à doença, trazem implicações para o seu quotidiano.

CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO

A presente grande categoria abrange as concepções dos participantes acerca do seu autoconceito. Uma vez que o este constructo diz respeito ao conceito que cada um forma de si, esta categoria inclui não só os atributos percebidos, mas também as relações estabelecidas com os outros e as crenças dos participantes, já que estes domínios se associam ao autoconceito.

Com o processo crónico a percepção do indivíduo sobre si e as relações estabelecidas com os outros podem sofrer alterações, que estão associadas ao impacto da doença no quotidiano. Deste modo, foram identificadas as seguintes sete categorias: *percepção sobre como o indivíduo se vê, (in)satisfação com forma de ser, impacto da doença na forma de ser, impacto da idade na forma como o indivíduo se vê, medos associados à forma como o indivíduo se vê, relações interpessoais, e crenças.*

a) Percepção sobre como o indivíduo se vê

Nesta categoria encontram-se agrupadas as percepções que os participantes têm de si, sendo que reflete não só os seus atributos de forma isolada (e.g. *“Uma pessoa muito meiga.”* (P1, 129)), mas também como percebem ser nas relações interpessoais, em relação a objetivos e na atividade laboral. Para além disso, uma das participantes relacionou a sua forma de ser com a doença, considerando-se uma pessoa doente, mas não velha (*“Que não é a pessoa assim velha, que é uma pessoa que vem de um hospital.”* (P2, 72)). Esta categoria traduz, então, as características que cada um dos participantes compreende que o definem.

As subcategorias que compõem a presente categoria encontram-se no quadro 1, sendo que dizem respeito à forma como o indivíduo se vê em relação a diferentes domínios.

Quadro 1

Subcategorias que compõem a categoria Percepção sobre como o indivíduo se vê e respectivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO	Percepção sobre como o indivíduo se vê	Percepção sobre forma de ser	<i>“Descrevo-me como boa pessoa. Uma pessoa muito meiga.” (P1, 129)</i>
		Percepção sobre forma de ser nas relações interpessoais	<i>“Eu não sou uma pessoa conflituosa, não sou antipática nem nada disso, penso eu.” (P6, 258; P6, 259)</i>
		Percepção sobre forma de ser e a doença	<i>“Que não é a pessoa assim velha, que é uma pessoa que vem de um hospital.” (P2, 72)</i>
		Percepção sobre forma de ser em relação a objetivos	<i>“Sim, sim, sim! E gosto muito de levar a minha avante! Sou teimoso! E quando fisgo alguma coisa tem de ser. E se isso não vai... É, é, gosto muito de levar a minha avante. E não desisto à primeira das coisas, sou muito teimoso!” (P1, 156; P1, 157)</i>
		Percepção sobre forma de ser associada à atividade laboral	<i>“E até, uma coisa interessante, no meu trabalho às vezes com alguns colegas quando alguma coisa não corria bem e eu refilava com eles e às vezes gritava e tal e as</i>

CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO (cont.)	Perceção sobre como o indivíduo se vê (cont.)		<i>peessoas dizem “tu és muito nervoso e tal” e eu quase que simulava nervos, quer dizer, eu gritava para impor respeito ou ordem nas coisas, mas eu nunca fui uma pessoa assim nervosa que sofresse, aquela coisa de sofrer com nervos, nunca! (...)” (P6, 121)</i>
---	--	--	--

b) (In)Satisfação com forma de ser

Esta categoria surge a partir da perspectiva de uma participante, que refere, por um lado, estar satisfeita com a sua forma de ser – “*E ‘tou muito bem com o feitio que tenho (...)” (P3, 201)*. Por outro lado, mostra que tem de se resignar com essa forma de ser – “*Bem que remédio tinha eu se não estar!” (P3, 202)*.

c) Impacto da doença na forma de ser

A presente categoria diz respeito ao impacto que os participantes consideram que a doença teve na sua forma de ser. Dois dos participantes não detetaram mudanças na forma de ser, enquanto os restantes participantes identificaram mudanças nesta área.

Destaca-se o impacto negativo da diminuição da atividade física na perceção da forma de ser, sendo que um dos participantes referiu sentir-se uma pessoa parada e terminada: “*Estou muito mais parado. Era uma pessoa vivida, agora não sou uma pessoa vivida, sou uma pessoa terminada. Portanto... É pá, não tenho aquela ação que eu tinha!*” (P1, 161; P1, 162). Para além disso foi referido o comprometimento da perceção para lidar com obstáculos - “*No entanto desenrascava-me, era assim. Agora não, agora não sou.*” (P2, 159). Outro dos participantes referiu sentir que já não é tão alegre como antes (“*Era alegre, era.*” (P2, 162)) e outro indicou que até ao surgimento da doença crónica atual não se considerava uma pessoa doente (“*Portanto nunca fui uma pessoa doente a não ser este problema.*” (P6, 123)). Em contraste, uma das participantes referiu

que o carinho demonstrado pelos outros no momento de agudização da doença a fizeram torna-se mais meiga (“*Agora ‘tou mais meiga.’*” (P3, 205)). Para além disso, outra participante referiu que se tornou menos tímida - “*Mudei. Deixe de ser um bocadinho mais tímida.*” (P5, 186; P5, 187).

Os participantes partilharam outras informações, nas quais relacionaram a doença com a forma como se veem, e, por último, abordaram a questão da organização do autoconceito.

Como tal, esta categoria encontra-se subdividida nas quatro subcategorias que se encontram identificadas no quadro 2.

Quadro 2

Subcategorias que compõem a categoria Impacto da doença na forma de ser e respetivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO	Impacto da doença na forma de ser	Ausência de mudanças na forma de ser devido à doença	“ <i>Não, não. Não mudou, não mudou...</i> ” (P4, 145); “ <i>(...) continuo a ser em termos mentais e intelectuais, continuo a pensar que sou o mesmo.</i> ” (P6, 244)
		Mudanças na forma de ser devido à doença	“ <i>Estou muito mais parado. Era uma pessoa vivida, agora não sou uma pessoa vivida, sou uma pessoa terminada. Portanto... É pá, não tenho aquela ação que eu tinha!</i> ” (P1, 161; P1, 162) “ <i>Mudei. Deixei de ser um bocadinho mais tímida.</i> ” (P5, 186; P5, 187)

CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO (cont.)	Impacto da doença na forma de ser (cont.)		<i>“Portanto nunca fui uma pessoa doente a não ser este problema.” (P6, 123)</i>
		Percepção sobre a relação entre a doença a forma como se vê	<i>“Portanto eu ia a andar, não via bem o passeio ou era desastrada ou coisa assim, ou podia andar por exemplo e olhe eu sou muito despassarada. Mesmo por exemplo às vezes levo uma coisa qualquer e esqueço-me dela em qualquer lado, sou muito despassarada.” (P4, 111)</i> <i>“(…) eu se tivesse sido ido ao meu médico de saúde fazer exames e etecetera por uma questão de rotina e tal, talvez não me tivesse diagnosticado isto e talvez não tivesse chegado a este ponto. E portanto nesse aspeto era um bocado desleixado, como não me sentia bem não ia aos médicos.” (P6, 171)</i>
		Percepção sobre a integração do autoconceito	<i>“(…) mas eu não consigo, eu sou sempre a mesma. Eu posso ver que a coisa não ‘tá bem, mas no</i>

CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO (cont.)	Impacto da doença na forma de ser (cont.)		<i>fundo sou sempre a mesma pessoa. Eu às vezes penso assim “não, eu agora vou ser diferente”, mas não sou. Eu penso, mas quando chega a hora da verdade sou igual.” (P2, 164)</i>
---	---	--	--

d) Impacto da idade na forma como o indivíduo se vê

Dois dos participantes referiram que a idade teve impacto na forma como se percebiam, sendo que, como tal, esta categoria inclui essas perspectivas. Um dos participantes referiu estar menos impulsivo e mais calmo - “(...) *mas quando era assim mais novo, era. Eu explodia, era... Eu fervo em pouca água. Qualquer coisa que não me corresse bem, eu fervia em pouca água.*” (P1, 175) -, enquanto o outro mencionou que se tornou menos tímido - “*Deixei de ser um bocadinho mais tímida. Talvez com os anos, a idade...*” (P5, 188).

e) Medos associados à forma como o indivíduo se vê

Esta categoria emergiu da percepção de uma das participantes, que referiu ter medo de transportar objetos por considerar que é despassarada - “(...) *sou muito despassarada. Até tenho medo de às vezes andar com as coisas! Mesmo com estes livritos, até tenho medo de andar com isto.*” (P4, 114).

f) Relações interpessoais

Apresentam-se as percepções dos participantes relativamente às relações estabelecidas com os outros, sendo que são abordadas questões relacionadas com a qualidade e valor das relações e o interesse ou desinteresse pelo contacto com os outros.

Destaca-se a percepção dos participantes acerca das mudanças no domínio das relações interpessoais, causadas pelo impacto da doença. Os participantes referiram que a frequência dos locais de convívio foi prejudicada por limitações físicas e/ou internamentos hospitalares - “*Não poder ir ao café... Assim mudou muito.*” (P2, 166). Para além disso, um dos participantes referiu que as suas relações interpessoais sofreram

alterações ao nível dos temas abordados durante as interações. Em contraste, uma das participantes entende que as suas relações se tornaram mais próximas com o aparecimento da doença e que se sentiu acarinhada - “*Tou, ‘tou... Mudaram, mudaram, mudaram... Acho que me sinto mais próxima e eu sinto, sinto, no meu eu, ‘tou mais próxima das pessoas, que eu era assim um bocadinho bicho do mato.*” (P3, 205; P3, 206).

Contudo, uma das participantes, que referiu não ter interesse em conviver, referiu, igualmente, não identificar mudanças no domínio das relações (“**Entrevistadora:** *E nas relações com os outros sentiu que houve mudanças?* **Participante:** *Não.*” (P5, 96)).

As subcategorias que compõem esta categoria podem ser consultadas no Quadro 3.

Quadro 3

Subcategorias que compõem a categoria Relações interpessoais e respectivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO	Relações interpessoais	Perceção positiva sobre as relações interpessoais	“ <i>Eu a falar no café que eu vou a esta senhora já há muitos anos e ela ‘tá-me sempre a ligar. Coitadinha... É bom, é bom... É sinal que gostam de nós.</i> ” (P3, 128) “(…) <i>e toda a gente me quer bem, toda a gente gosta de mim.</i> ” (P4, 156)
		Perceção negativa sobre as relações interpessoais	“(…) <i>Fico magoada, a pessoa riscou isso sem dúvida, mas fico com pena, percebe?</i> ” (P3, 193)
		Perspetiva dos outros acerca da convivência do próprio	“(…) <i>elas não queriam mas eu isolo-me em casa. Depois de almoço já não saio.</i> ” (P3, 136)

CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO (cont.)	Relações interpessoais (cont.)	Impacto da doença nas relações interpessoais	<i>“Portanto agora as relações são diferentes. Não há outras conversas quer dizer isto agora estou na condição de doente e as pessoas vêm visitar-me mais por esse aspeto e é mais sobre isso que se fala e fala-se em coisas mais particulares, mais familiares, mais da intimidade das pessoas.”</i> (P6, 218)
		Impacto da doença nas relações interpessoais (cont.)	<i>“Não poder ir ao café... Assim mudou muito.”</i> (P2, 166)
		Perceção sobre a importância das relações interpessoais no autoconceito	<i>“Talvez se eu tiver gente para conviver eu não mude. Eu acho é que vai mudar é que eu não posso conviver com as pessoas como convivía. Aí é que eu acho que vai mudar.”</i> (P2, 167)

g) Crenças

Esta categoria inclui as crenças (premissas, valores ou factos em que se acredita) que os participantes manifestaram ter em relação a diferentes domínios, que podem ser consultados no quadro 4, na coluna “subcategorias”.

Das crenças mencionadas pelos participantes destacam-se as que dizem respeito à saúde e à doença, que se prendem com a visão dos participantes acerca do que acreditam ser a vivência com e sem doença, como por exemplo, na idade jovem não se passar por processos patológicos ou que as doenças implicam preocupações e pensamentos

relacionados com a morte (*“Quer dizer eu pensei, a gente às vezes diz assim “ah eu tenho medo é de sofrer não tenho medo de morrer e tal”, mas a gente quando sente que tem problemas com alguma gravidade começamos a pensar “bem se calhar isto não vai curar vou morrer”.”* (P6, 142)).

Quadro 4

Subcategorias que compõem a categoria Crenças e respectivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO	Crenças	Crenças relacionadas com a saúde e a doença	<i>“E eu, ah a gente quando é nova nunca tem nada! Nunca tem nada nem tem tempo para ter nada.”</i> (P4, 116; P4, 117)
		Crenças acerca da relação corpo-mente	<i>“Dizem que a cabeça é o rigor do corpo, mas eu não sei, não sei mesmo.”</i> (P5, 120)
		Crenças religiosas	<i>“Deus queira que eu lá chegue e conforme lá chegar, viverei!”</i> (P4, 170) <i>“Muito! Muito, muito, muito, muito! A minha fé... Acreditem ou que levem a mal, mas todos os dias rezo e agradeço. Porque sei que tiveram lá. Sinto, sinto que tiveram lá.”</i> (P3, 268; P3, 269; P3, 270)
		Crenças acerca da resolução de problemas	<i>“A pessoa tem de se convencer que as zaragatas e as porradas não levam a lado nenhum.”</i>

CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO (cont.)	Crenças (cont.)		<i>Esta meia dúzia de dias que andamos ao cimo da terra andamos aí à paulada um no outro? Ó pá não sei o que é que as pessoas entendem disso!” (P1, 180)</i>
		Crenças relacionadas com a aparência física	<i>“(…) depois aquela coisa d’agente se arranjar, conviver com as pessoas, não é? Isso é muito importante.” (P3, 64)</i>
		Crenças relacionadas com o ser humano	<i>“Os nossos comportamentos têm que ser adequados àquilo que é o nosso pensamento ou as nossas dúvidas, debatendo-os, conversando, discutindo os assuntos para tentar compreender.” (P6, 234)</i>
		Crenças relacionadas com as relações interpessoais	<i>“Quando não se encontra à primeira, segunda e à terceira, mais vale só do que mal-acompanhada.” (P5, 129)</i>
		Crenças acerca da verdade dos factos	<i>“Não há donos da verdade em lado nenhum, não é? Não há donos da verdade.” (P6, 235)</i>

Objetivo Geral

Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e percepção de autoeficácia do doente crónico.

Objetivos Específicos

Compreender se a doença crónica dos sujeitos trouxe implicações para o seu quotidiano.

IMPACTO DA DOENÇA

A doença crónica implica não só o aparecimento da doença em si, mas também pode implicar o surgimento de consequências e dificuldades em diversas áreas da vida. Assim, na presente grande categoria encontram-se as questões abordadas pelos participantes em relação ao impacto ou não da doença nas diferentes áreas de vida. De forma a fazê-lo de forma abrangente e organizada encontra-se dividida em duas categorias: *ausência de mudanças devido à doença* e *mudanças causadas pela doença*.

a) Ausência de mudanças devido à doença

Esta categoria, em contraste com a próxima, inclui as percepções dos participantes relacionadas com a ausência de mudanças causadas pelas doenças, isto é, indicações dos participantes quanto às capacidades que não foram afetadas pela doença. Por exemplo, um dos participantes referiu não ter a capacidade de marcha comprometida - “*Mas continuei sempre a andar.*” (P4, 16) -, enquanto outro indicou não ter limitações ao nível da condução de veículos - “*Conduzia. Isso fiquei sempre a conseguir.*” (P5, 56).

b) Mudanças causadas pela doença

Como foi referido anteriormente, a presente categoria surge em oposição à anterior, sendo que nela se encontram as mudanças percecionadas pelos participantes como consequência da doença. Estas alterações dizem respeito, por um lado, a mudanças negativas, que, de uma forma geral, tiveram impacto ao nível físico e psicológico, na autonomia e no desempenho de tarefas. Por outro lado, encontram-se as necessidades geradas pela doença, como a adoção de comportamentos preventivos, a cessação de comportamentos de risco e o desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença.

Por uma questão de organização e clareza da informação, a presente categoria inclui catorze subcategorias, que podem ser consultadas no quadro 5.

Quadro 5

Subcategorias que compõem a categoria Mudanças causadas pela doença e respectivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
IMPACTO DA DOENÇA	Mudanças causadas pela doença	Impacto negativo da doença no funcionamento orgânico	<i>“(...) e eu não posso abusar muito nos comprimidos, porque desde que fiquei assim com os intestinos e o estômago os comprimidos para mim são um bocadinho beras, então fujo aos medicamentos.” (P1, 48)</i>
		Impacto negativo da doença no surgimento de outras condições patológicas	<i>“(...) eu quando parti esta perna rente à prótese foi eu que estava com uns sapatos e os sapatos eram lizinhos por baixo. E eu escorreguei. Eu vinha a sair da casa-de-banho e aquilo ou foi alguma pinga de água que estava no chão ou qualquer coisa...” (P2, 146)</i> <i>“Tinha os ossos melhores! Não fazia moça. Ao passo que agora deixo moça.” (P4, 110)</i>
		Impacto negativo da doença na autonomia	<i>“(...) gajo começa a ficar proibido de fazer, não pode fazer as coisas, não pode ficar sozinho.” (P1, 27)</i>

IMPACTO DA DOENÇA (cont.)	Mudanças causadas pela doença (cont.)		<i>“se tiver em casa ia ser um embaraço e depois a alimentação, isso dá mais trabalho, logicamente as pessoas quando a gente precisa de cuidados tem que se ter mais trabalho. E se eu for para casa terão que me passar a comida também. Teriam que me dar sopas passadas e outros alimentos passados com as mesmas características com aquilo que estou aqui a ingerir.”</i> (P6, 85)
		Impacto negativo da doença no quotidiano	<i>“O que é que mudou? Tudo!”</i> (P1, 19); <i>“Olhe, foi tudo na minha vida (...)”</i> (P3, 1)
		Impacto negativo da doença no desempenho da atividade laboral	<i>“Mas entretanto depois, portanto nessa altura mesmo deixei o meu trabalho porque isto a parecer que não deixou mazelas.”</i> (P4, 38)
		Impacto negativo da doença no estado psicológico	<i>“Digo assim “é pá quando é que isto passará? Será que isto passará?”, porque enquanto cá estiver a inflamação eu percebo a regressão, eu fiz a dilatação, mas ‘tá cá a</i>

IMPACTO DA DOENÇA (cont.)	Mudanças causadas pela doença (cont.)		<i>inflamação é normal que continue a fechar, mas o tempo que vai demorar a desaparecer esta inflamação não sei. Já lá vão 5 meses quase, continuo ainda com isto, não sei se são mais 4 meses se são mais 5 se o que é que vai ser. E portanto isto gera em mim uma certa preocupação e uma certa ansiedade...” (P6, 71; P6, 72; P6, 73; P6, 74; P6, 75)</i>
		Impacto negativo da doença na aparência física	<i>“Tenho aqui assim uma costura na barriga, que tiveram de tirar osso para colocar aqui e pôr nos outros ossos para fazer o excerto e depois ver se cresce.” (P2, 10)</i> <i>“(...) eu só ando de preto. A minha casa é toda... Agora não que isto é roupa de cá e não...” (P3, 52)</i>
		Impacto negativo da doença no processo de reabilitação	<i>“Ah, pois, pois. O médico não quer que eu faça carga porque eu sou muito forte, não é?” (P2, 98)</i>
		Impacto negativo da toma de medicação	<i>“E entretanto depois as análises revelaram que eu tinha o cloro e o potássio muito baixo. Mas isso tudo</i>

IMPACTO DA DOENÇA (cont.)	Mudanças causadas pela doença (cont.)		<i>devido à medicação que tomava, ao Tegretol.” (P4, 23) “Sinto-me segura, só que acho que ao mesmo tempo ‘tá-me a fazer mal. ‘Tá-me a fazer mal nesse aspeto [desequilíbrios]. Mesmo a nível de descoordenação tenho muita descoordenação.” (P4, 80)</i>
		Necessidade de lidar com sintomatologia	<i>“Eu faço um esforço, muita gente aqui admira-se, mas eu faço um esforço às vezes para estar a falar com as pessoas e faço sempre cara de bem-disposto!” (P1, 67)</i>
		Impacto da doença na adoção de comportamentos preventivos	<i>“(…) eu neste momento até já conseguia andar aí assim sem nada, mas eu não o quero fazer também por uma questão de precaução.” (P6, 97)</i>
		Impacto da doença no desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença	<i>“Tinha que carregar os pesos era só tudo com a mão direita. Tudo o que fizesse era com a mão direita.” (P5, 80)</i> <i>“(…) a minha capacidade é pensar “não tombes, não tombes!” cá para comigo e assim fui-me endireitando.” (P3, 112)</i>

IMPACTO DA DOENÇA (cont.)	Mudanças causadas pela doença (cont.)	Cessação de comportamentos de risco	<p><i>“Depois comecei a andar à rasca do estômago tive de parar com os cigarros. E parei de vez! Quando eu comecei a ver que a coisa não andava bem só havia uma solução: acabei com o tabaco num dia e nunca mais lhe mexi!”</i> (P1, 150)</p> <p><i>“Mas isto, do fumar, não faz impressão nenhuma ver as pessoas a fumar ao pé de mim, não. Senti foi assim: a partir de hoje não fumo.”</i> (P3, 83)</p>
		Utilização de objetos de apoio	<p><i>“(…) eu ando agarrado à cadeira e para baixo para a fisioterapia vou sentado nela (...)”</i> (P6, 94)</p> <p><i>“Pois, mas quando chego lá, como vou aflitinha sempre deixo uma pinguinha. Por isso é que eu uso!”</i> (P6, 163)</p>

RECURSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Com a presença da doença crónica os participantes indicaram sentir uma necessidade acrescida de recorrer aos cuidados de saúde, passar por consequentes intervenções clínicas e a necessidade de receber cuidados adequados ao seu estado clínico. Assim, esta grande categoria engloba as perceções dos participantes quanto aos cuidados de saúde.

Na presente secção serão apresentadas as seguintes categorias que se relacionam diretamente com os objetivos do estudo: *perceção sobre os cuidados de saúde, intervenções clínicas e Instituição de Reabilitação (Unidades de Cuidados Continuados Integrados)*.

a) Perceção sobre os cuidados de saúde

Como foi referido na descrição da grande categoria, a presença da doença crónica levou ao aumento da necessidade dos participantes de recorrer aos cuidados de saúde. Como tal, na presente secção apresentam-se as três subcategorias (no quadro 6), nas quais os participantes referiram a necessidade de recorrer aos cuidados de saúde e de ter acompanhamento médico, bem como o evitamento desses cuidados apesar da necessidade percebida.

Quadro 6

Subcategorias que compõem a categoria Perceção sobre os cuidados de saúde e respetivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
RECURSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	Perceção sobre os cuidados de saúde	Necessidade de recorrer aos cuidados de saúde	“Ora portanto fez em agosto um ano... Está aqui está a fazer dois anos que ando nestas andanças de hospitais.” (P1, 10)
		Evitamento de recorrer aos cuidados de saúde	“Eu nunca mais fui a uma ginecologista! Portanto já pode ver o que é que eu sou...” (P2, 114)
		Necessidade de acompanhamento médico	“A partir daí andei portanto andei no médico de família, o médico de família não se entendeu com o assunto mandou-me para Coimbra.” (P4, 2)

b) Intervenções clínicas

Esta categoria diz respeito às intervenções clínicas que os participantes referiram ter sido alvo como consequência das doenças de que padecem, como por exemplo intervenções cirúrgicas e exames clínicos. Desta categoria fazem parte duas subcategorias (apresentadas no quadro 7) que indicam quais as intervenções clínicas que os participantes referiram.

Quadro 7

Subcategorias que compõem a categoria Intervenções Clínicas e respectivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias de 1ª ordem	Subcategorias de 2ª ordem	Exemplo de verbalização
RECURSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	Intervenções clínicas	Identificação das intervenções clínicas	-----	“Duas operações aos intestinos, uma, duas, três... Três à perna” (P1, 1) “(…) com vários exames que eu fiz (…)” (P4, 4).
		Medicação	Prescrição de medicação	“Andei quase um mês a levar antibiótico (…)” (P1, 15)
			Associação entre a medicação e a doença	“Acho. Desta não, da outra segunda vez eu deixei de tomar a medicação...” (P5, 102)

c) Instituição de Reabilitação (Unidades de Cuidados Continuados Integrados)

Nesta categoria encontram-se as percepções dos participantes em relação às instituições de reabilitação, em específico as Unidades de Cuidados Continuados Integrados, pelas quais os participantes passaram ou se encontravam no momento em que a recolha de dados foi realizada.

Para o presente objetivo apenas uma das subcategorias lhe dá resposta. Em *Necessidade de recorrer a instituição de reabilitação* encontram-se as indicações dos participantes em relação à necessidade que sentiram em recorrer a uma instituição que promovesse a reabilitação (e.g., “E eu disse “deixe lá, eu vou, nem que seja para o Porto”.” (P3, 237)), sendo que três dos participantes já tinham recorrido a este tipo de

cuidados no passado – “*Vim para aqui fazer fisioterapia, a fisioterapia resultou, comecei a andar sem moletas.*” (P4, 21); “*Foi. Tive cá 3 meses. Mas já tinha ‘tado um mês e pouquinho e outros dias noutro lar, na Encarnação, Mafra.*” (P5, 24).

Objetivo Geral

Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e percepção de autoeficácia do doente crónico.

Objetivo específico

Compreender se os participantes percecionam alterações na sua percepção de autoeficácia devido à doença.

Compreender qual a percepção de autoeficácia dos participantes, em relação aos seus objetivos para a reabilitação e futuro, bem como a sua percepção de controlo.

PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA

Esta grande categoria traduz a percepção de autoeficácia dos participantes, ou seja, a percepção que estes têm sobre as suas capacidades para desempenhar determinada(s) tarefa(s).

Assim esta categoria é composta pelas seguintes quatro categorias: *elevada percepção de autoeficácia, baixa percepção de autoeficácia, mudanças na percepção de autoeficácia e ausência de impacto da percepção de autoeficácia no desempenho de atividades.*

a) Elevada Percepção de autoeficácia

Nesta primeira categoria encontra-se a informação partilhada pelos participantes, que diz respeito à sua percepção sobre ser capaz de desempenhar determinada tarefa, como por exemplo cozinhar (“*Eu sei muito bem fazer comer, qualquer tipo de comer!*” (P1, 34)), usar o wc (“*Só eu já poder ir para esta cadeira e ir à casa de banho para mim é a coisa melhor!*” (P2, 34)), andar de forma correta (“*Mas agora já sinto! Já consigo me endireitar (...)*” (P3, 111)) ou ser capaz de refletir e reagir (“*(...) eu afinal tinha uma lucidez e uma capacidade de refletir e de reagir com as pessoas diferente dele e de muitas outras pessoas que eu conhecia.*” (P6, 209)).

Para além disso, três dos participantes fizeram referência ao facto de serem capazes de lidar com dificuldades (e.g., **Entrevistadora:** “E quando há esses erros ou

essas dificuldades tenta lidar com elas? Tenta ultrapassar...?” **Participante:** “Ultrapasso-as.” (P3, 191)) e de terem capacidade para reabilitar.

b) Baixa percepção de autoeficácia

Em contraste com a anterior, na presente categoria encontra-se a percepção dos participantes sobre não ter competência ou ter uma baixa competência para o desempenho de determinada atividade.

De uma forma geral, as informações apresentadas neste âmbito dizem respeito às percepções de incapacidade ou de limitações associadas às dificuldades e obstáculos colocados pela doença crónica. Os participantes referiram questões como não conseguir colocar-se em determinadas posições ou fazer determinados movimentos, como é evidenciado nas seguintes verbalizações: “*Não sou capaz de subir para uma cama de joelhos (...)*” (P1, 64); “*É, não posso... Não dá e não consigo.*” (P2, 129); “*Não me sinto capaz de ‘tar ali assim de pé tanto tempo, não.*” (P4, 40); “*(...) eu tenho é o lado esquerdo treinado para isso e o direito é impossível. Para mim é impossível pegar numa criança, não consigo.*” (P5, 47). Referiram, igualmente, ser incapazes ou percecionarem ter uma baixa competência para realizar determinadas atividades, como por exemplo, pegar uma criança ao colo (“*Para mim é impossível pegar numa criança, não consigo.*” (P5, 48)) ou fazer ginástica (“*Mesmo por exemplo ginástica rítmica, eu não consigo fazer.*” (P4, 85)).

c) Mudanças na percepção de autoeficácia

Para além de identificarem as atividades para as quais percecionam ter uma elevada e baixa percepção de autoeficácia, os participantes identificaram mudanças ao nível dessa percepção. Assim, foram incluídas nesta categoria as verbalizações nas quais fosse evidente a existência de diferenças entre o presente e o passado, com a presença de palavras-chave como “no passado”, “atualmente”, isto é, expressões indicadoras de mudança.

Esta categoria inclui duas subcategorias que dizem respeito, por um lado, às mudanças associadas à doença, que tiveram um impacto negativo na percepção de autoeficácia dos participantes. Enquanto, por outro lado, as mudanças associadas à reabilitação tenderam para o aumento da percepção de autoeficácia. Essa informação pode ser consultada no quadro 8.

Quadro 8

Subcategorias que compõem a categoria Mudanças na Percepção de Autoeficácia e respectivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA	Mudanças na percepção de autoeficácia	Mudanças na percepção de autoeficácia devido à doença	“Agora não consigo. Mesmo que eu queira não consigo fazer. Tenho pena, mas não posso, não consigo mesmo.” (P2, 160) “Fazia tudo: corria, saltava, inclusive fazia flexões em barras e tudo. Na altura ainda tinha força (...)” (P6, 23)
		Mudanças na percepção de autoeficácia devido à reabilitação	“Mas já consigo mais do que conseguia. Em pouco tempo que aqui estou já consigo mais. Porque eu recorda-me de ‘tar lá sentada na cadeira, que ‘tava no lar e caiu-me uma coisa ao chão e eu fui para apanhar e fiquei muito triste, “então eu agora nem posso apanhar um papel do chão?”. Fiquei assim muito coisa e tentei para apanhar e não consegui. E agora já vou assim mais a baixo. Pronto, ‘tá a fazer ‘tá a dar resultado a fisioterapia.” (P2, 130)

- d) Ausência de impacto da percepção de autoeficácia no desempenho de atividades

Nesta categoria encontra-se a perspectiva de uma das participantes acerca de não evitar realizar atividades, apesar de ter uma baixa percepção de autoeficácia para as mesmas, como indicou na seguinte verbalização: “*Quer dizer se me disserem assim “tens ginástica”, vou à ginástica, vou fazer. O que é é que aldrabo. Tenho que aldrabar mesmo.*” (P4, 86).

RECURSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

- a) Instituição de Reabilitação (Unidades de Cuidados Continuados Integrados)

Como se verificou anteriormente, uma das consequências da doença crónica referida pelos participantes é a necessidade de recorrer a cuidados de saúde adequados, como instituições de reabilitação. Assim, desta categoria faz parte a percepção que os participantes indicaram ter acerca do processo de reabilitação, bem como os objetivos, motivação e sentimentos associados.

Uma vez que as subcategorias desta categoria estão diretamente relacionadas com os objetivos do estudo serão, de seguida, apresentadas na íntegra.

- a.1) Reabilitação

Esta subcategoria engloba as perspetivas dos participantes acerca da reabilitação realizada na instituição, sendo que se encontra subdividida em cinco subcategorias de 3ª ordem, que dizem respeito: *Percepção sobre a reabilitação, Percepção sobre necessidades em relação à reabilitação, Objetivos para a reabilitação, Motivação para a reabilitação e Sentimentos relacionados com a reabilitação.*

Em *Percepção sobre a reabilitação* encontra-se a opinião dos participantes em relação à reabilitação, sendo que os utentes referiram aspetos positivos, negativos e exigências deste processo. Assim, encontram-se percepções, por exemplo, acerca da eficácia da reabilitação (“*Pronto, ‘tá a fazer ‘tá a dar resultado a fisioterapia.*” (P2, 131)) e a valorização da sua exigência (“*É é! E pronto agora ‘tou a fazer várias coisas: a subir escadas com pesos, porque eu moro num 1º andar, é bom.*” (P3, 109)). Em contraste, encontra-se a percepção de uma participante acerca dos exercícios realizados nas terapias

serem repetitivos (“(...) já ‘tou tão aborrecida com isto, já ‘tou tão farta. (...) Da fisioterapia, de estar sempre a fazer a mesma coisa...” (P5, 133)).

Na segunda subcategoria, *Percepção sobre necessidades em relação à reabilitação*, encontram-se as melhorias que duas das participantes percecionam que seriam benéficas na reabilitação, como a explicação do fundamento dos exercícios ou o aumento do tempo das terapias - (“(...) se eles me fizessem tudo bem da primeira vez como agora que eu sei que há no Curry Cabral, duas vezes e mais e prontos, porque eles também têm muita gente! Aqui também têm... Eu tinha ficado com o braço de outra maneira.” (P5, 143)).

Quanto aos *Objetivos para a reabilitação* apenas uma das participantes explorou este tema, sendo que destaca a importância de recuperar a visão e o equilíbrio, para andar - “Os objetivos é ganhar o equilíbrio, conseguir andar e é a visão.” (P5, 85; P5, 86; P5, 87).

Em relação à *Motivação para a reabilitação*, duas das participantes exploraram este âmbito, sendo que uma referiu estar motivada, ainda que limitada - “Eu bem queria, eu vontade tinha eu!” (P2, 135) -, enquanto a outra participante referiu estar motivada, ainda que possa não parecer, uma vez que está saturada da reabilitação - “Sim, sim, sim. Eu posso parecer pouco empenhada, mas eu já ‘tou tão aborrecida com isto, já ‘tou tão farta.” (P5, 132).

Por último, em *Sentimentos relacionados com a reabilitação*, uma participante referiu os sentimentos que tem face a este processo, referindo o alívio por não ter de realizar determinado exercício que não é do seu agrado, e o sentimento de pena que teve por não poder continuar o processo de reabilitação numa outra instituição (“Eu pensei eu queria vir para cá, mas ao mesmo tempo eu sabia que a fisioterapia lá era boa, porque nos sítios onde eu tinha ‘tado ali era o único sítio onde se fazia intensivo e então pronto. Tive pena, mas aqui é mais perto.” (P5, 209)).

FUTURO

Nesta grande categoria encontram-se as categorias que dizem respeito ao que os participantes esperam e desejam que aconteça no seu futuro, bem como os medos que anteveem. Assim, fazem parte desta as seguintes categorias: *percepção acerca do futuro*,

expectativas em relação ao futuro, desejos em relação ao futuro e medos em relação ao futuro.

a) Percepção acerca do futuro

Nesta primeira categoria encontra-se a perspectiva dos participantes acerca do seu futuro, ou seja, **o que entendem que vai acontecer**. Especificamente, são abordadas questões relacionadas com a incerteza quanto à evolução do estado de saúde e as preocupações associadas a essa incógnita. Em contraste, alguns os participantes referiram querer olhar para o futuro de forma positiva, contando que o seu estado de saúde melhore.

Em relação ao pós-alta da Instituição de Reabilitação foi referida a possibilidade de ser necessário recorrer ao apoio de terceiros e de continuar a realizar fisioterapia. Ainda em relação ao impacto do processo de reabilitação no futuro, dois dos participantes indicaram que precisam de recuperar capacidades para que o seu futuro seja melhor.

Para que esta categoria ficasse mais organizada encontra-se dividida em seis subcategorias, que dizem respeito à percepção sobre o futuro em relação a diferentes áreas da vida, o que pode ser consultado no quadro 9.

Quadro 9

Subcategorias que compõem a categoria Percepção acerca do futuro e respetivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
FUTURO	Percepção acerca do futuro	Percepção sobre o futuro em geral	<i>“Neste momento, quer dizer... Há aqui um misto de sentimentos, por um lado sinto uma esperança de melhorar e de continuar a trabalhar e ainda a fazer mais, continuar a fazer a minha vida, não sei por quanto tempo, mas continuar e tal como dantes. Por outro lado sinto um certo desânimo,</i>

FUTURO (cont.)	Percepção acerca do futuro (cont.)		<i>uma certa descrença de que isso possa vir a acontecer (...)</i> (P6, 179; P6, 180; P6, 181)
		Percepção sobre o futuro em relação à doença	<i>“Eu acho que, da maneira que eu estou a viver esta situação, acho que me vou aguentar. E isso, na minha ideia, acho que me vou aguentar para melhor!”</i> (P3, 279); <i>“Neste momento ‘tou só na expectativa do que é que vai ser a evolução da minha doença para a melhoria ou para a cura.”</i> (P6, 251)
		Percepção sobre o futuro após a alta da instituição de reabilitação	<i>“(...) vai custar um bocadito porque um gajo sai daqui está fechado, vou ficar fechado dentro de casa à mesma, é que vou ficar fechado à mesma! Aqui ainda posso vir para o quarto, do quarto vou ali [sala de convívio], mas lá não, só sala-quarto e mais nada. Não posso pedir a um amigo para me lá ir ver, é chato!”</i> (P1, 101; P1, 102; P1, 103)
		Percepção sobre o impacto da	<i>“Por exemplo eu estou aqui assim, a fazer a fisioterapia até me posso chegar a</i>

FUTURO (cont.)	Perceção acerca do futuro (cont.)	reabilitação no futuro	<i>ponto em que diga assim “posso ir para casa porque já me desloco bem, já faço as minhas coisas, já não preciso de estar a fazer a fisioterapia e especialmente na condição de internado.” (P6, 81)</i>
		Perceção sobre o futuro em relação às relações interpessoais	<i>“(...) continuarei quando sair daqui no contacto com as pessoas, a falar e a debater as coisas, não é? Os vários assuntos.” (P6, 216)</i>
		Perceção sobre o futuro em relação à saúde mental	<i>“Posso vir a controlar tudo isso, mas também posso perder essa lucidez e entrar numa depressão e isso também me começa a preocupar um pouquinho.” (P6, 193)</i>

b) Expectativas em relação ao futuro

Nesta categoria encontra-se a perceção dos participantes em relação ao **que esperam que aconteça no futuro**, ou seja, as suas expectativas. De uma forma geral os participantes referiram esperar que o seu estado de saúde melhorasse e conseguir recuperar capacidades, que permitam retomar as suas atividades do quotidiano (e.g., habitar sozinho e retomar a atividade profissional).

Esta categoria é composta por três subcategorias, que dizem respeito às expectativas dos participantes em relação a diferentes domínios da vida. Esta informação encontra-se no quadro 10.

Quadro 10

Subcategorias que compõem a categoria Expectativas em relação ao futuro e respectivas verbalizações ilustrativas.

Grande categoria	Categoria	Subcategorias	Exemplo de verbalização
FUTURO	Expectativas em relação ao futuro	Expectativas em relação à doença	<i>“Por isso é que eu queria andar, que era para conseguir desbobinar outra vez! Vou confiar que lá para o fim do ano...” (P1, 57)</i>
		Expectativas em relação à atividade laboral	<i>“Mas eu ainda não quero ficar parado! Só se isto me correr muito mal! Ainda quero voltar, a minha vida era pintor, ainda quero voltar a fazer muito trabalho! Já não digo subir a andaimes, que isso a perna não vai, mas dentro de casa, aqueles quartos, aquelas partes de madeira, ainda quero fazer muito!” (P1, 214)</i>
		Expectativas em relação à forma de ser	<i>“(...) mas tenho essa esperança ainda, de que consiga (...) continuar a ter as minhas relações com as pessoas da mesma forma.” (P6, 247)</i> <i>“Portanto eu espero e é essa a minha esperança, que os meus comportamentos, as minhas atitudes, a minha vida, que não altere muito os meus comportamentos.” (P6, 249).</i>

c) Desejos em relação ao futuro

Nesta categoria encontram-se os desejos dos participantes para o futuro, isto é, **aquilo que gostariam que acontecesse**. Os participantes partilharam desejar, por exemplo, retornar à sua própria habitação, poder realizar as suas tarefas habituais e ser capaz de se adaptar às suas limitações. São exemplos as seguintes verbalizações: *“Agora queria era fugir, era... Era o meu sonho! Parece eu que me estou a ver a andar lá pelo quintal a espreitar aquelas coisas...”* (P1, 219); *“Que a minha filha venha para ao pé de mim. Pois, porque ela ‘tá com o pai.”* (P5, 198); *“Aquilo que eu queria era mesmo comer comida normal, sólida e comer uma carne, peixe, arroz, massa, batatas...”* (P6, 13).

d) Medos em relação ao futuro

Por último, dois dos participantes referiram ter medos em relação ao futuro, relacionados com as incertezas quanto ao estado de saúde: *“Acho que nunca apanhei uma depressão, mas eu receio que isso me possa vir a acontecer.”* (P6, 186).

2. Resultados obtidos na comparação entre o conteúdo das entrevistas e os instrumentos (SF-36 (v2) e ICAC)

De seguida apresentam-se os resultados obtidos intraindividualmente através da comparação entre os questionários de autorrelato SF-36 (v2) e ICAC e o conteúdo das entrevistas. Desta forma descrevem-se as (in)congruências que surgiram na comparação entre os dados dos diferentes instrumentos utilizados e complementa-se a informação com recurso aos mesmos.

Objetivo Geral

Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e percepção de autoeficácia do doente crónico.

Objetivos específicos

Avaliar qual a percepção que os participantes têm do seu autoconceito.

Avaliar qual a percepção que os participantes têm da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Compreender se os participantes percecionam alterações no seu autoconceito e explorar quais são essas alterações.

Compreender se há relação entre o autoconceito e a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Participante 1

Domínio físico

Na entrevista o participante 1 revela que a sua saúde tem piorado ao longo dos últimos anos, sendo que a necessidade de recorrer aos cuidados de saúde se tem prolongado (*“tuca hospital, e tenho continuado assim, pronto”* (P1, 13)), e que, em termos futuros, se preocupa com a possibilidade de o estado de saúde se agravar, tendo vários pensamentos recorrentes acerca de qual será o seu futuro (*“o meu maior problema, o que me aflige mais, é pensar que posso vir, porque há essa tendência, que posso vir a ficar sem andar.”* (P1, 230)). Para além disso, manifesta ter várias limitações físicas, que comprometem o desempenho de atividades (e.g., *“como é que eu agora ia fazer uma panela de comer em cima de uma cadeira [de rodas]?”* (P1, 60); *“já não trabalho há praticamente dois anos e tal”* (P1, 22)). Estes dados são congruentes com a informação obtida através do SF-36, na qual o participante apresentou uma perspetiva negativa sobre o seu estado de saúde, referindo as várias limitações na realização de atividades diárias e entendendo que o seu estado de saúde tem tendência a piorar.

Para além disso, refere que as suas limitações físicas ao nível da mobilidade comprometeram a sua capacidade para se deslocar aos locais onde habitualmente convive e se relaciona com os outros - *“a pessoa começa a sentir mais solidão”* (P1, 198); *“O que é que mudou? Tudo! Porque, portanto, eu não posso fazer o que eu quero. Portanto estou fora de tudo, das coisas que eu gostava de poder fazer, porque a minha vida não dá, nem tenho condições para isso. ‘Tou aqui preso à cadeira de rodas’”* (P1, 19; P1, 20; P1, 21); *“Sou muito diferente, sim. Portanto, não posso fazer aquilo que quero, pronto”* (P1, 196). Assim, e à semelhança do que refere no SF-36, a atividade social do participante encontra-se limitada pela sua condição física.

Perceciona-se como uma pessoa persistente, *“teimoso”* como o próprio diz e que procura enfrentar e resolver problemas (*“Sim, sim, sim! E gosto muito de levar a minha avante! Sou teimoso! E quando fisgo alguma coisa tem de ser. E se isso não vai... É, é, gosto muito de levar a minha avante. E não desisto à primeira das coisas, sou muito teimoso.”* (P1, 156; P1, 157)). No âmbito da doença verificam-se estas características, uma vez que o participante tem procurado desenvolver competências para lidar com a

doença: “*O que vale é que já não me enervo muito já sei que, portanto, um gajo tem que levar isto assim, tem que ir vivendo o dia-a-dia, porque se não um gajo está feito. Se um gajo começa a cismar – eu ao princípio ainda cismava um bocado, mas agora já me comecei a levar assim a coisa de outra maneira*” (P1, 9).

Da mesma forma, o participante refere, quer no SF-36, quer na entrevista, sentir dores fortes, que interferem no seu quotidiano: “*Andava sempre cheio de dores*” (P1, 39); “*(...) que a perna tem me doído muito*” (P1, 50).

Domínio emocional

Ao longo da entrevista o participante 1 manifesta alterações nas suas rotinas do sono e preocupações e pensamentos recorrentes relacionados com a imprevisibilidade do futuro, como se pode constatar nas seguintes afirmações: “*Eu às vezes estou aqui e não durmo e acordo doente de manhã por causa disso, está a martelar. Acordo de noite a martelar com essas coisas! Vou para onde?*” (P1, 242); “*É! Por exemplo eu estou aqui, mas o cérebro está a trabalhar, por exemplo, “como é que eu estou daqui a dois ou três anos? Para onde vou? Onde é que posso estar?”, depois, por exemplo, ou o que é que vai ser da minha velhice com 260€? Um lar? Um lar não me aceita, então vou para onde? Isso, isso tudo martela aqui.*” (P1, 240; P1, 241). Contudo, esta informação não é congruente com a apresentada no SF-36, onde o participante indicou não considerar que os problemas emocionais tenham interferido no seu quotidiano, ainda que indique se sentir muito nervoso e/ou deprimido.

Domínio social

Na entrevista o participante 1 descreve-se com uma boa pessoa, muito meiga (“*Sou humilde, meigo e gosto de estimar as pessoas desde que a pessoa me estime a mim também*” (P1, 133)), que tem facilidade em conviver e que valoriza o contacto positivo com os outros (e.g., “*dou-me bem com toda a gente, gosto muito de conversar e quando a pessoa é divertida e dá para conversar e eu estou assim bem-disposto, às vezes dava para estar horas e horas na brincadeira e tudo*” (P1, 136; P1, 137; P1, 138)).

O participante refere, ainda, que é uma pessoa que gosta de fazer o que lhe apetece, mas que com a doença se tornou uma pessoa mais parada, que não tem liberdade para se deslocar onde quer, o que comprometeu não só a sua atividade social, mas também a forma como se vê, percecionando-se, atualmente, como mais parado, menos vivido e mais

triste – *“Estou muito mais parado. Era uma pessoa vivida, agora não sou uma pessoa vivida, sou uma pessoa terminada. Portanto... É pá, não tenho aquela ação que eu tinha!”* (P1, 161; P1, 162).

Ao comparar estes dados com as respostas do participante 1 ao Inventário Clínico do Autoconceito verifica-se que a informação é congruente, havendo uma tendência do participante para a aceitação social, para enfrentar e resolver problemas de forma competente, para ser franco e verdadeiro ao exprimir as suas opiniões e assumir responsabilidades, bem como para tomar iniciativa e colocar em prática aquilo a que se propõe.

Participante 2

Domínio físico

Na entrevista a participante 2 enumera as várias doenças de que padece (e.g. *“derivado às doenças que tenho de ossos, tenho osteoporose, tenho a osteoartrose e pronto, tudo quanto seja articulações”* (P2, 4)) e preocupa-se em relação à imprevisibilidade da evolução do seu estado de saúde, uma vez que tem verificado um aumento dos problemas de saúde ao longo do tempo - *“Agora é muito mais difícil porque tenho este problema deste lado, agora tenho este neste lado! E depois não sei como é que isto vai ser. Não sei se vou conseguir andar nem se não vou, não sei o que é que se vai aqui passar comigo.”* (P2, 56; P2, 57). Esta informação é congruente com a do SF-36, na qual a participante indica que o seu estado de saúde é muito pior do que há um ano e que entende ter tendência a piorar.

Faz, ainda, referência às limitações causadas pelo estado de saúde e como comprometem o seu quotidiano: *“Já custava-me muito a calçar as meias, já tinha dificuldades. Por isso é que eu me habituei a andar sem meias! Adaptei-me porque tinha muita dificuldade em calçar as meias”* (P2, 49; P2, 50); *“Tudo! Mudou tudo! Não posso fazer nada. Portanto mudou tudo.”* (P2, 118; P2, 119). Inclusive, a participante refere como as limitações afetam o processo de reabilitação atual: *“O médico diz que não devo fazer carga mais do que 20 kilos. Até à data não posso fazer carga. Posso fazer fisioterapia mas sem carga.”* (P2, 58).

A Participante indica ser uma pessoa que duvida das suas capacidades (*“Não sei se consigo, há assim coisas que não se conseguem, mas mais ou menos. Eu consigo. Às*

vezes digo assim “ai meu Deus não sei se eu vou conseguir”.” (P2, 152)), mas que se considerava uma pessoa desenrascada, até que essa percepção foi alterada pela doença (“*Eu desenrascada sou! Isso desenrascada sou! (...) No entanto desenrascava-me, era assim. Agora não, agora não sou.*” (P2, 155; P2, 159)).

Salienta-se, ainda, a referência a dores (tanto no SF-36 como na entrevista), sendo que a participante explica que estas dores interferem no seu cotidiano - “(*...*) *tenho sempre aquelas dores nos ossos, é as mãos, portanto, incha-me às vezes as mãos e quero, por exemplo, abrir uma garrafa e não sou capaz de a abrir.*” (P2, 31; P2, 32).

Domínio emocional

Ao longo da entrevista a participante não abordou questões relacionadas com o domínio emocional, portanto os dados quanto a este domínio foram obtidos unicamente a partir do SF-36, no qual a participante referiu que nunca se sentiu calma ou feliz, mas maioritariamente deprimida e/ou nervosa e cansada.

Domínio social

Em termos do autoconceito, na entrevista, a participante 2 manifestou ter dificuldade em se descrever. Contudo, indicou que gosta de ajudar os outros e que, por vezes, evita assumir as suas dificuldades perante os outros.

Com o surgimento da doença referiu que a percepção quanto a ser uma pessoa alegre foi comprometida – “*Era, era alegre.*” (P2, 161) -, indicando que os seus hábitos sociais foram prejudicados pelo seu estado de saúde - “*Não poder ir ao café... Assim mudou muito.*” (P2, 166). Acrescenta, ainda, que estes hábitos são importantes para a manutenção da sua maneira de ser e, portanto, preocupa-se com o futuro dos mesmos, como se verifica na seguinte verbalização: “*Talvez se eu tiver gente para conviver eu não mude. Eu acho é que vai mudar é que eu não posso conviver com as pessoas como convivia. Aí é que eu acho que vai mudar*” (P2, 167). Esta informação é congruente com a do SF-36, onde a participante indica que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram sempre a sua atividade social, mas não os relacionamentos sociais.

Uma vez que a participante mostrou dificuldade em se descrever, a informação da entrevista é escassa para ser alvo de comparação com os questionários. Contudo, a partir do ICAC, onde as questões são diretas, pode-se verificar que a participante revela uma tendência para a aceitação social, sendo que considera ser simpática, faladora e agradável

no contacto com os outros. Para além disso indicou ter uma tendência para ser franca ao exprimir as suas opiniões, bem como para contar a verdade e assumir as suas responsabilidades. Por último, referiu no mesmo questionário que gosta de fazer o que lhe apetece e de fazer bem aquilo a que se propõe.

Participante 3

Domínio físico

De uma forma geral a participante indica, quer na entrevista quer no SF-36, que o seu estado de saúde piorou repentinamente (*“Entretanto começo-me a sentir assim para o esquisito: mal e a ficar sem forças e a ficar magra. Isto foi no espaço de uma semana que eu fiquei assim.”* (P3, 7)), mas que não espera que piore de futuro – *“Eu acho que, da maneira que eu estou a viver esta situação, acho que me vou aguentar. E isso, na minha ideia, acho que me vou aguentar para melhor! E tentar não pensar que vou para pior!”* (P3, 279; P3, 280).

Na entrevista a participante identifica limitações físicas causadas pela doença, que tiveram impacto no seu quotidiano (e.g., não poder realizar esforços, não poder cozinhar), como é visível na seguinte verbalização: *“Tem que ser, que eu não posso agora fazer esforços, não é? Não posso... Mudou radicalmente. Para ir ao café têm que me ir buscar.”* (P3, 43; P3, 44). Para além disso, a participante indicou sentir dores fortes, que causam limitações no seu quotidiano, como referido pela mesma no SF-36 e na seguinte verbalização: *“(...) não posso estar muito tempo em pé porque fico cheia de dores”* (P3, 141).

Devido às limitações físicas causadas pela doença, a participante refere que a deslocação aos locais onde habitualmente convive se encontra comprometida, sendo que precisa do apoio de terceiros para se deslocar - *“Não posso... Mudou radicalmente. Para ir ao café têm que me ir buscar”* (P3, 44; P3, 45).

Contudo, refere sentir melhorias desde o momento de agudização – *“Não a 100%, mas já ‘tou a quê? Uns 80, sem dúvida!”* (P3, 99) -, destacando, inclusive, a sua elevada autoeficácia para andar – *“E ando, agarro e coiso para uma segurança, mas aguento-me perfeitamente”* (P3, 249). No SF-36, estas melhorias também são evidentes, uma vez que a participante se considera capaz para tomar banho ou vestir-se sozinha e em relação a

inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se revelou estar um pouco limitada, assim como para andar uma centena de metros, sendo as suas maiores limitações em atividades violentas.

Domínio emocional

Em relação ao domínio emocional a participante, na entrevista, refere que durante a agudização da doença os seus pensamentos focaram-se na doença – *“Porque eu não andei assim stressada, tinha outras coisas a pensar que era a doença, não é?”* (P3, 85). Contudo, não faz referência à vitalidade ou à forma como se sentiu, sendo que nestas questões, quando abordadas diretamente pelo SF-36, indicou que se sentiu nervosa e cansada a maior parte do tempo, mas nunca deprimida, e que, uma parte do tempo, sentiu-se feliz, calma e tranquila. Indicando, ainda, que o seu trabalho ou atividades diárias foram afetadas a maior parte do tempo devido a problemas emocionais.

Domínio social

A participante 3 entende que é uma boa pessoa, teimosa, que gosta de se isolar, apesar de gostar de conviver (*“Porque eu sou de me isolar muito. Eu não tenho problemas de ‘tar sozinha (...) Esta ida ao café de manhã, é só este bocadinho do pequeno-almoço e não sei quê, mas ‘tá lá tudo, ‘tá a perceber? E a gente ali naquele bocadinho ou saio e vou com a minha prima ao supermercado, ao Pingo Doce, ali a Sta Apolónia, pronto, é aquele caminhar e aquele convívio só de manhã.”* (P3, 132; P3, 133; P3, 135)), gosta de ser independente e de fazer o que quer (*“Sou independente, ninguém manda em mim, faço o que quero.”* (P3, 73)) e procura ser amiga do seu amigo, ajudando dentro das suas possibilidades e sendo incapaz de se relacionar com pessoas que não sejam de confiança (*“Gosto de gente assim que eu veja que eu posso contar e que podem contar comigo.”* (P3, 178)). Para além disso na entrevista refere que, *“E ‘tou muito bem com o feitio que tenho. Bem que remédio tinha eu se não estar! Mas muito honestamente ‘tou muito bem.”* (P3, 201; P3, 202), o que indica que está satisfeita com a sua forma de ser.

Em termos sociais, como foi indicado no domínio físico, a participante refere que a deslocação aos locais onde habitualmente convive se encontra comprometida. Contudo, percebe as relações como mais próximas do que antes da doença - *“Tou, ‘tou... Mudaram, mudaram, mudaram... Acho que me sinto mais próxima e eu sinto, sinto, no meu eu, ‘tou mais próxima das pessoas, que eu era assim um bocadinho bicho do mato.”* (P3, 206; P3, 207). No SF-36 a participante é congruente, uma vez que indica que a sua

saúde física ou problemas emocionais limitaram a maior parte do tempo a sua atividade social, mas não a qualidade das suas relações.

Atualmente, refere que a doença não permite que faça tudo o que quer – *“Agora olha ‘tou assim. Não me deixam abusar.’”* (P3, 74); contudo, permitiu que percebesse que tinha mais relações do que achava ter, que são relações mais próximas (*“(...) sinto mais próxima e eu sinto, sinto, no meu eu, ‘tou mais próxima das pessoas, que eu era assim um bocadinho bicho do mato.’”* (P3, 207)) e que se tornou mais meiga para com os outros (*“Agora ‘tou mais meiga.’”* (P3, 205)).

A informação partilhada na entrevista é congruente com a do Inventário Clínico do Autoconceito, no qual a participante revela uma tendência para a aceitação social e para ser franca e honesta e capaz de assumir as suas responsabilidades. A partir do questionário é possível acrescentar que a participante considera ser persistente na resolução das suas dificuldades e que procura vencer as mesmas, mas que tem por hábito desistir das tarefas quando encontra dificuldades.

Participante 4

Domínio físico

Na entrevista a participante refere que nos últimos anos o seu estado de saúde se tem agravado - *“Eu antes caia, portanto aí há uns três anos, caia... Quer dizer com uma certa frequência, mas depois as coisas foram piorando”* (P4, 12; P4, 13); *“E depois a par disso tudo comecei a ter osteoporose e a osteoporose era ossos partidos, fracturei os ossos todos. Praticamente não houve nenhum osso que eu não fraturasse”* (P4, 14; P4, 15) -, atribuindo como causa a coocorrência de condições crónicas (epilepsia e osteoporose) e os efeitos secundários da medicação para a epilepsia – *“(...) eu tomo bastante CR-400 e CR-200, tomo 1000 mg por dia. E de maneira que dizem que isso é que me provoca as tais... As tais... Não digo tonturas, mas os tais desequilíbrios que tenho tido.”* (P4, 9; P4, 10).

A participante refere que as suas limitações se prendem maioritariamente com a coordenação de movimentos - *“Sim, mesmo a nível de descoordenação é como digo. Eu por exemplo andei em ginástica muitos anos e eu não conseguia fazer. Fazia de forma deformada certos movimentos que exigiam coordenação e eu não conseguia coordenar os movimentos.”* (P4, 82; P4, 83). Referindo, ainda, que isso a prejudica no desempenho

das tarefas domésticas, o que implica que recorra ao apoio de terceiros para a realização das mesmas – *“Vão-me lavar a roupa, vão-me fazer limpeza, quer dizer não é aquela limpeza que eu gostaria de fazer mas eu também não sou capaz de o fazer.”* (P4, 92; P4, 93). Para além disso, destaca o facto de ter cessado a sua atividade laboral como consequência da doença.

Perceciona-se como sendo desastrada e despassarada, o que associa ao medo de andar com objetos, uma vez que pode perdê-los. Da mesma forma atribui as quedas frequentes ao facto de ser desastrada – *“Portanto eu ia a andar, não via bem o passeio ou era desastrada ou coisa assim, ou podia andar por exemplo e olhe eu sou muito despassarada. Mesmo por exemplo às vezes levo uma coisa qualquer e esqueço-me dela em qualquer lado, sou muito despassarada. Até tenho medo de às vezes andar com as coisas! Mesmo com estes livritos, até tenho medo de andar com isto.”* (P4, 111; P4, 112; P4, 113; P4, 114).

Estes dados são congruentes com as respostas no SF-36, onde a participante indicou estar pouco limitada nas atividades do dia-a-dia, considerando-se totalmente capaz para levantar ou pegar nas compras da mercearia e para subir um lance de escadas ou para andar seja qual for a distância; contudo, perceciona que o seu estado físico a limitou no desempenho do trabalho, acabando por fazer menos do que queria e ter dificuldades na maioria do tempo.

Domínio emocional

Em relação a este domínio, na entrevista, a participante referiu ter tido um “esgotamento” no passado, sendo que se encontra medicada por um Psiquiatra desde então – *“Portanto a partir daí fui medicada por um psiquiatra e depois a partir daí andei e ainda ando a tomar a medicação. Porque eu tenho medo que aquilo volte atrás!”* (P4, 75; P4, 76). Contudo a participante não explorou mais as questões emocionais, sendo que, nas respostas relacionadas com este âmbito no SF-36, indicou sentir-se maioritariamente nervosa, calma, tranquila e feliz, sentindo-se pouco tempo deprimida e nunca deprimida ao ponto de nada a animar.

Domínio social

A participante 4 indicou, na entrevista, que nunca foi uma pessoa com medos, que é conversadora (*“Sou muito conversadora, sim.”* (P4, 140)) e que se sabe exprimir (*“Acho*

que ainda me sei exprimir.” (P4, 157)). Associa, ainda, os acontecimentos de vida à forma como se vê, referido que “(...) às vezes penso que sou um farrapo (...) penso que não valo nada. (...) associado a praticamente a tudo o que se passa na vida.” (P4, 126; P4, 127; P4, 128).

Entende que não é uma pessoa diferente das outras devido à doença – *“Nunca me senti diferentes das outras por tomar assim esta medicação e assim. Fiz sempre a vida normal. Sinto que sou igual às outras.” (P4, 132).* Contudo, ao nível das relações interpessoais percebeu que mudaram, uma vez que o facto de ter cessado a sua atividade laboral (como consequência da doença) teve impacto na sua atividade social – *“Simplesmente mudou o aspeto em que eu tinha mais amigas no local de trabalho onde ‘tava e agora já não tenho tempo para ‘tar com elas todos os dias, ‘tá a perceber?” (P4, 146).* Esta informação é congruente com a do SF-36, na qual a participante indicou que sentiu moderadamente que a saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal e sentiu que limitaram a sua atividade social algum tempo.

Ao comparar os dados da entrevista com o ICAC verifica-se que a informação é congruente. Ainda assim, o ICAC permite acrescentar alguma informação, uma vez que só neste é que a participante se posicionou em relação a determinadas características, como por exemplo não se considerar rápida na execução de tarefas quando encontra dificuldades e em concorda pouco em relação a procurar resolver e enfrentar os seus problemas e em ser persistente perante dificuldades.

Participante 5

Domínio físico

A participante 5 referiu que sofreu três AVC nos últimos anos, sendo que considera o segundo o pior, uma vez que as sequelas foram mais graves e, algumas até, permanentes, como a paresia do membro superior esquerdo. Para além disso referiu que teve de cessar a sua atividade laboral após o segundo AVC (*“Não. Não consigo. E então, prontos, ‘tou reformada.” (P5, 42).* Contudo, a participante entende que foi capaz de recuperar determinadas capacidades (e.g., andar) e de adaptar a realização de tarefas às suas limitações (*“Eu era esquerdina, tive que adaptar tudo à direita.” (P5, 32).* Esta informação é congruente com a do SF-36, no qual a participante indica que a sua saúde é razoável e aproximadamente igual ao que estava há um ano.

A capacidade de adaptação indicada pela participante, ao analisar o Inventário Clínico do Autoconceito, associa-se à percepção da participante acerca de não ter por hábito desistir das tarefas quando encontra dificuldades, mas sim procurar enfrentar e resolver os seus problemas. Em relação à rapidez com que executa estas soluções e à sua persistência perante as mesmas refere, no questionário, que concorda pouco, mas não faz referência a estes temas na entrevista.

Após o terceiro AVC sente-se limitada ao nível do equilíbrio, o que dificulta o seu quotidiano - “(...) *o que eu tenho mais medo é, entre aspas, é o desequilíbrio. Porque eu não ‘tou bem equilibrada, eu sei que não. Se me mandarem um empurrão ou mesmo que me façam só assim eu vou para trás e caio.*” (P5, 172). Para além disso partilhou que tem limitações no seu dia-a-dia, mas que tem dificuldade em enumerar as atividades para as quais se sente limitada, afirmando que: “*Mais...? Não sei... Não sei assim mais dificuldades. Há coisas que eu não consigo fazer, mas agora assim de momento não consigo enumerar.*” (P5, 49). A partir do SF-36 é possível clarificar algumas das atividades para as quais a participante se sente limitada, uma vez que indica sentir-se pouco limitada na realização de atividades moderadas e para andar seja qual for a distância, mas muito limitada para atividades violentas como correr, levantar pesos ou participar em desportos.

Domínio emocional

Em termos emocionais, na entrevista, a participante refere que se considera uma pessoa muito nervosa/ansiosa - “(...) *uma pessoa muitoooo... Não é nervosa, às vezes sou um bocadinho stressada.*” (P5, 100) -, o que associa ao desencadear do AVC (“*Mas isto deu... O médico diz que não, isto ninguém me tira da cabeça que deu origem a estes AVCs por eu ser nervosa, mas não é aquele nervoso de tremer. É ansiosa, nervosa.*” (P5, 101)). Para além disso, refere que no passado teve acompanhamento psicológico e psiquiátrico, ainda que não clarifique a razão para esse acompanhamento – “*Eu até andava numa psiquiatra a tomar medicação. (...) Não... Pronto era mais para me controlar e eu já nem sei porque razão foi. Já nem me lembro.*” (P5, 11; P5, 12).

No SF-36 não se encontram questões relacionadas com as que foram abordadas pela participante, contudo é possível verificar que a participante se sentiu pouco tempo nervosa e feliz, que na maior parte do tempo sentiu-se calma e tranquila e algum tempo

sentiu-se deprimida, considerando que o domínio emocional interferiu pouco no desempenho de atividades.

Domínio social

A participante 5 indica que não gosta de conviver e prefere manter-se no seu espaço (*“Sempre fui mais reservada e, prontos, não gostar assim muito de conviver, de festa, não gosto nada disso. Não gosto... Eu até gosto, mas ao mesmo tempo posso ir com uma pessoa, mas não me sinto muito bem. Eu gosto mais de ‘tar em casa.’* (P5, 179; P5, 180; P5, 181)). Referiu, igualmente, que entende ser uma pessoa com tendência a conter as suas opiniões e que tem uma baixa autoestima (*“É assim eu tive sempre a autoestima um bocadinho em baixo. Eu nem sei se é a autoestima, se não. E nunca gostei assim muito de conviver com as pessoas. Sempre fui muito do meu canto...”* (P5, 177; P5, 178)). Contudo, no relacionamento com os outros vê-se como simpática e que nalguns dias é mais conversadora do que noutros.

Devido à doença e à idade entende que se tornou menos tímida, uma vez que o facto de recorrer aos cuidados de saúde implica contactar com os profissionais e com outros utentes – *“Sim! Já me consigo meter com as pessoas, perguntar alguma coisa, apesar de algumas pessoas, mais as que ‘tão doentes, porque enfermeiro e auxiliar e isso assim tenho assim um bocadinho mais de vergonha. Mas se for preciso! É a tal coisa gosto de ‘tar na minha. Não gosto de chatear. Tirando isso...”* (P5, 190; P5, 191).

Em relação ao domínio social a participante referiu que, como não se interessa particularmente por conviver, os seus relacionamentos interpessoais são reduzidos, sendo que não faz referência à interferência da doença na atividade social – *“Os meus hábitos também não eram e não são muito de conviver com muita gente. É mais com os meus pais e uma colega, uma amiga e depois as outras pessoas em volta não é muito.”* (P5, 97; P5, 98). Em comparação com o SF-36 a informação é incongruente, uma vez que a participante considera que a saúde física ou problemas emocionais interferiram pouco no seu relacionamento normal e que limitaram algum tempo da sua atividade social.

A restante informação da entrevista é congruente com a do Inventário Clínico do Autoconceito, no qual a participante revela uma tendência para a aceitação social e para se expressar apenas quando percebe ser necessário. A partir deste questionário é possível acrescentar, ainda, que a participante concordar moderadamente em relação a

gostar de pôr em prática uma ideia que lhe pareça válida, em gostar de fazer aquilo que lhe apetece e em gostar de sair bem naquilo que faz.

Participante 6

Domínio físico

Na entrevista o participante indica que a esofagite surgiu de forma repentina, causando limitações severas ao nível da alimentação, o que teve consequências ao nível físico, o que, em concomitância com a doença muscular crónica de que padece desde a adolescência, limita o participante no desempenho de atividades, como se pode verificar nas seguintes verbalizações: *“As limitações... Portanto na força física, portanto eu por exemplo antes agarrava nesta cadeira, se calhar punha-a às costas e transportava-a dali para aqui, agora não consigo levar ou tenho que levar de rastos.”* (P6, 196; P6, 197); *“Ter agilidade nos dedos e tal e força e fazer qualquer coisinha que aparentemente quem faça mas não ter essa agilidade, não conseguia fazer”* (P6, 198). Para além disso, o participante referiu que tudo no seu dia-a-dia mudou, sentindo que não faz nada – *“Olhe o que mudou no meu dia-a-dia até agora, mudou tudo! Porque estou para aqui sem fazer nada.”* (P6, 237; P6, 238).

Esta informação é congruente com a recolhida através do SF-36, na qual o participante indicou que a sua saúde está muito pior do que há um ano e que entende que irá piorar. Sendo que se encontra muito limitado em atividades violentas (e.g., correr, carregar pesos), mas pouco limitado em relação a atividades moderadas, andar uma centena de metros e para tomar banho ou vestir-se sozinho. Como tal, considera que o seu estado de saúde teve sempre impacto em fazer menos do que queria, em sentir-se limitado no tipo de trabalho ou noutras atividades e em ter dificuldades em executar o seu trabalho ou outras atividades.

O participante 6 perceciona-se como demasiado descontraído e um pouco desleixado, o que considera que pode ter afetado o seu estado de saúde atual, já que não ia ao médico com regularidade – *“Eu sou uma pessoa descontraída, um pouco desleixado às vezes não fazia coisas que devia fazer ou lá está, por exemplo, eu se tivesse sido ido ao meu médico de saúde fazer exames e etecetera por uma questão de rotina e tal, talvez não me tivesse diagnosticado isto e talvez não tivesse chegado a este ponto. E portanto nesse aspeto era um bocado desleixado, como não me sentia bem não ia aos médicos.”* (P6, 169; P6, 170; P6, 171).

Domínio emocional

Em termos emocionais, na entrevista, destaca-se a ansiedade referida pelo participante, causada pelas preocupações e pensamentos recorrentes acerca da evolução da doença - *“Pois, porque isto o tempo vai passando e não ‘tou a ver grandes melhoras, não é? A dilatação aqui não dá, a dilatação ainda não passou aqui toda e é isso que me causa toda esta ansiedade e preocupação. Digo assim “é pá quando é que isto passará? Será que isto passará?” (...)”* (P6, 70; P6, 71; P6, 72). Para além disso acrescenta ter receio de, no futuro, sofrer de depressão, associada às dificuldades em lidar com a doença - *“E eu estando lúcido estando a ver a minha situação a evoluir para uma situação má e estando a perceber que pode ser irreversível ou que é irreversível, quando começo a perceber que não tem solução isso pode-me levar à tal depressão. Por mais que eu queira reagir, eu digo assim “eu vou reagir sim mas para resolver o quê se não tem solução?”. E então aí caio numa depressão. Pode-me acontecer. Espero que não me aconteça.”* (P6, 202; P6, 203; P6, 204).

Refere, ainda, na entrevista que o facto de o seu quotidiano ter mudado faz com que não se sinta realizado - *“Portanto isto é uma vida monótona, uma coisa em que não há realização nenhuma, não há utilidade nenhuma no que faço, que não faço nada. Portanto mudou tudo, porque não faço nada.”* (P6, 240; P6, 241; P6, 242).

No SF-36 é possível verificar que o participante se sentiu nervoso e deprimido, que nada o animava, algum tempo e sentiu-se deprimido e feliz por pouco tempo, sendo que a maior parte do tempo se sentiu calmo e tranquilo. Contudo, não sentiu que os problemas emocionais interferiram com o seu trabalho ou atividades diárias.

Domínio social

O participante partilhou que habitualmente é uma pessoa bem-disposta, que não é nervoso, e que entende ser uma pessoa calma, que vive a vida sem preocupações - *“(...) sou (...) calmo e a viver a vida assim sem me preocupar muito parece com as coisas.”* (P6, 172; P6, 173; P6, 174; P6, 175).

Em relação à definição de objetivos perceciona-se como uma pessoa lúcida, persistente, que não desiste dos objetivos que entende que podem ser alcançados - *“Qualquer coisa em que eu acreditasse nunca desistiria dela, por mais dificuldade que*

tivesse em alcançar ou até mesmo que visse quase a impossibilidade, mas enquanto existe uma réstia de esperança nunca desistiria.” (P6, 177).

Nas relações com os outros revela que gosta muito de conversar, depois de conhecer as pessoas, e de debater temas da atualidade com pessoas que consigam refletir, compreender e debater tais assuntos - *“No meu dia-a-dia sou uma pessoa que falo muito ou era, e sou, falo muito e gosto, como tivemos aqui a conversar, gosto muito de debater e de participar, colaborar, conviver, gosto muito disso”*. (P6, 253). Contudo, sente que a área social foi afetada pela doença, uma vez que se encontra em regime de internamento e, por isso, entende que os temas das conversas são diferentes, sendo maioritariamente relacionados com as doenças - *“Portanto agora as relações são diferentes. Não há outras conversas quer dizer isto agora estou na condição de doente e as pessoas vêm visitar-me mais por esse aspeto e é mais sobre isso que se fala e fala-se em coisas mais particulares, mais familiares, mais da intimidade das pessoas.”* (P6, 218). Esta informação é congruente com a do SF-36, no qual indica que considera que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram pouco no seu relacionamento social normal, mas que interferiram sempre na sua atividade social.

De futuro, o participante espera recuperar as oportunidades para conviver e debater temas com os outros, uma vez que entende que isso é importante para manter a perceção que tem de si.

Por último, destaca-se ainda a seguinte verbalização - *“Portanto nunca fui uma pessoa doente a não ser este problema.”* (P6, 123) -, a partir da qual se pode inferir que o participante não se considerava uma pessoa doente até ao surgimento da presente condição crónica. Contudo, o participante referiu não entender que a doença tenha tido impacto na sua forma de ser - *“(…) continuo a ser em termos mentais e intelectuais, continuo a pensar que sou o mesmo.”* (P6, 244).

Ao comparar a informação acima descrita com a do ICAC verifica-se que esta é congruente, revelando o participante uma tendência para a aceitação social, persistência e determinação na resolução de problemas (ainda que não entenda ser rápido na execução de tarefas quando encontra dificuldades), franqueza e honestidade nas suas opiniões e capacidade para assumir as suas responsabilidades. Um dado que pode ser acrescentado a partir do questionário, e que não é referido na entrevista, prende-se com o facto do

participante indicar concordar pouco em relação a gostar de pôr em prática uma ideia que lhe parece válida.

Capítulo 4. Discussão de resultados

1. Discussão dos resultados obtidos através da Análise Fenomenológica Interpretativa do conteúdo das entrevistas

Na presente secção discutem-se os principais resultados obtidos através da análise do conteúdo das entrevistas, destacando-se os resultados relevantes de acordo com os objetivos do estudo.

Objetivo geral: Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e percepção de autoeficácia do doente crónico.

Objetivo específico: Avaliar qual a percepção que os participantes têm do seu autoconceito.

Com vista a perceber qual a percepção que os participantes tinham de si, ou seja, como definem o seu autoconceito, no presente estudo os participantes enumeraram os seus atributos e descreveram a forma como entendem ser, estendendo essa descrição não só a si individualmente, mas também ao domínio das relações, da doença, dos objetivos e da atividade laboral.

Para além disso, os participantes referiram as crenças e a percepção que têm do domínio das relações interpessoais (qualidade e (des)valorização das relações). A Participante 4 identificou, ainda, medos associados à forma como se vê.

A emergência desta informação está de acordo com a perspetiva de Shavelson e Bolus (1982), uma vez que referem que estas questões fazem parte do conteúdo e estrutura do autoconceito. Assim, verificou-se uma organização idiossincrática e multifacetada de cada participante, sendo que cada um explorou as características que identifica em si, indo desde características em subáreas (e.g., ser humilde nas relações) até inferências mais gerais (e.g., ser boa pessoa). Para além disso, verificou-se que os participantes foram capazes de se descrever e avaliar, uma vez que para além da identificação de características (e.g., sou muito despassarada) atribuíram-lhes um valor (e.g., como sou muito despassarada tenho medo de andar com objetos). Por último, dois participantes abordaram (P1 e P5), ainda, o impacto da idade na forma como se veem, o que está relacionado com a capacidade do autoconceito se desenvolver.

Objetivo específico: Compreender se a doença crónica dos sujeitos trouxe implicações para o seu quotidiano.

No presente estudo os participantes reconheceram que a doença crónica teve um impacto negativo em vários domínios, reconhecendo as suas incapacidades e/ou limitações. Foram evidenciadas alterações orgânicas (e.g., alterações no controlo dos esfíncteres urinários, paresia do membro superior esquerdo), o surgimento de outras condições de doença, limitações ao nível da autonomia e independência (o que implica necessitar do auxílio de terceiros), limitações no desempenho de atividades do quotidiano (e.g., tarefas domésticas, necessidade de cessar atividade laboral) e no processo de reabilitação (e.g., não poder fazer carga na fisioterapia) e alterações na aparência física (e.g., cicatriz operatória) e no estado psicológico (e.g., ansiedade e presença de pensamentos recorrentes relacionados com a doença). Para além destas limitações, destacou-se a necessidade de lidar com a sintomatologia, de recorrer aos cuidados de saúde e realizar intervenções clínicas. Por último, uma participante (P4) referiu o impacto que a medicação prescrita para a doença crónica teve na sua funcionalidade.

A identificação destas áreas como tendo sido afetadas pela doença está de acordo com o que vários autores referem acerca das exigências e dificuldades impostas pelo processo crónico, que afetam o sujeito ao nível psicológico, comportamental e social (Frasure-Smith & Lesperance, 2003; Franssen, Bultmann, Kant & van Amelsvoort, 2003; Livneh & Antonak, 2005; Petrie & Revenson, 2005).

Contudo, e tendo em conta que os participantes sofrem de doenças crónicas diferentes, três dos participantes (P2, P4, P5) referiram capacidades que não foram prejudicadas pelo surgimento das condições crónicas, como por exemplo a condução de veículos.

Petrie e Morris (1997; citados por Petrie & Revenson, 2005) referem que os desafios colocados aos utentes, com o surgimento da doença, exigem uma adequação do seu estilo de vida e o desenvolvimento de novas competências. No presente estudo esta informação é corroborada, uma vez que os participantes referiram que adotaram comportamentos preventivos (e.g., uso de cadeira de rodas), cessaram comportamentos de risco (e.g., cessar hábitos tabágicos) e desenvolveram competências para lidar com o processo crónico (e.g., adaptação de tarefas e/ou objetos e estratégias de coping), bem como adotaram o uso de objetos de apoio.

Objetivo específico: Compreender se os participantes percecionam alterações no seu autoconceito devido à doença e explorar quais são essas alterações.

Tendo em conta que o autoconceito pode mudar à medida que o doente perceciona mudanças em vários domínios (Ellis-Hill & Horn, 2000), verificou-se no presente estudo que os participantes identificaram mudanças nalgumas características que compõem o seu autoconceito.

Como se verificou anteriormente, a doença teve impacto a vários níveis, como por exemplo ao nível orgânico (e.g., não conseguir andar), o que teve consequências em vários domínios da vida dos participantes, como o domínio social, emocional e a percepção de capacidade.

Assim, e à semelhança do que Frasure-Smith e Lesperance (2003) referem, todos os participantes (à exceção da Participante 5, que também referiu não ter interesse em conviver) indicaram que as limitações físicas ou o facto de se encontrarem em regime de internamento comprometeram o domínio social, por não poderem deslocar-se aos locais de convívio que habitualmente frequentam. Este domínio associa-se igualmente à percepção das capacidades dos participantes, sendo que, como tal, as alterações nestas áreas tiveram um impacto negativo ao nível do autoconceito: os participantes referiram que não têm liberdade para fazer tudo o que querem e que se sentem menos capazes e mais limitados; para além destas questões, o participante 1 referiu, ainda, sentir mais solidão, sentir-se uma pessoa mais parada e menos vivida; e a participante 2 esclarece que se o domínio social continuar comprometido, então entende que a sua forma de ser também será afetada.

Contrariamente, para duas das participantes as mudanças no domínio social também tiveram um impacto positivo no seu autoconceito: a participante 3 referiu que com a agudização da doença sentiu-se muito acarinhada pelas visitas e telefonemas dos outros, o que entende que a fez tornar-se mais meiga; enquanto que, com o contacto frequente e necessário com outros utentes e profissionais de saúde, a participante 5 referiu que perceciona ser menos tímida.

Por último, as limitações físicas tiveram impacto ao nível emocional, o que para os participantes 1 e 2 implicou não se percecionarem como tão alegres como no passado e, para o participante 6, não se sentir realizado.

Em contraste, e apesar de identificarem limitações causadas pela doença em vários domínios, dois dos participantes referiram, por um lado, não percecionarem diferenças na sua forma de ser, sendo que a participante 4 referiu, inclusive, não se sentir diferente dos outros por ter a doença, enquanto o participante 6 partilhou sentir que é o mesmo cognitivamente. Por outro lado, a participante 4 partilhou que associa os acontecimentos de vida a como se vê, indicando que quando o seu estado de saúde piora perceciona-se mais negativamente (com menos valor). Já o participante 6, para além de se percecionarem como menos realizado e mais limitado, referiu que até ao surgimento da doença crónica atual nunca se tinha percecionado como uma pessoa doente.

As incongruências apresentadas pelos participantes 4 e 6 parecem enfatizar o facto de as alterações no autoconceito dependerem dos domínios afetados pela doença, isto porque ambos os participantes padecem de doenças crónicas desde a adolescência, mas que só no último ano causaram limitações acentuadas. Assim, e à semelhança do que Helfrich, Kielhofner e Mattingly (1994) e Gomes e Ribeiro (2001) indicam, o que parece estar em causa não são os eventos em si, mas o significado que lhes é atribuído e as estratégias mobilizadas para lidar com os mesmos. Por outras palavras, parece que quando as limitações surgem em áreas que têm um maior impacto para os sujeitos, então decorrem consequências na perceção que o sujeito tem de si.

De forma geral, verificou-se que, e à semelhança do estudo de Ellis-Hill e Horn (2000), os participantes percecionam o seu autoconceito como semelhante ou mais negativo do que o do passado. De acordo com Shavelson e Bolus (1982), em relação ao conteúdo e estrutura do autoconceito, este tem uma tendência a ser estável, sendo mais diferenciado à medida que as facetas se tornam mais específicas de uma determinada situação. Assim sendo, parece fazer sentido que o autoconceito dos participantes seja percecionado como semelhante, mas sendo identificadas mudanças em facetas mais específicas que sofreram alterações com o impacto da doença (e.g., a diminuição da autonomia fez com que os participantes se percecionassem como tendo menos liberdade).

Objetivo específico: Compreender se as alterações que ocorrem no autoconceito dos sujeitos, devido à doença, trazem implicações para o seu quotidiano.

No presente estudo verificou-se que, com o impacto negativo da doença em vários domínios da vida dos participantes, determinadas características que compõem o autoconceito sofreram alterações (e.g., percecionarem-se como tendo menos liberdade,

menos capazes e mais limitados). Para além disso, verificou-se que as limitações físicas percecionadas se refletem numa baixa perceção de autoeficácia para a realização de atividades físicas.

Assim, e como foi abordado no objetivo específico anterior, no presente estudo os participantes indicaram a relação oposta, ou seja, o facto de vários domínios de vida (e.g., autonomia, social) terem sido comprometidos pela doença causou alterações no seu autoconceito.

De acordo com Albuquerque e Oliveira (2002) o autoconceito tem um papel central para o funcionamento e bem-estar do indivíduo, enquanto regulador e mediador do comportamento, de perceções e expectativas pessoais. Assim, é possível inferir que, ainda que atualmente as alterações no autoconceito não tenham impacto no dia-a-dia, caso determinadas áreas (e.g., relações interpessoais) continuem ou venham a ser prejudicadas, então, no futuro, o surgimento e manutenção de alterações no autoconceito pode ter consequências para o quotidiano do doente crónico. Uma vez que o autoconceito influencia a adaptação ao contexto hospitalar e a recuperação da doença (Gomes & Ribeiro, 2001), é fulcral que se tenha em consideração e se trabalhe esta área, de forma a que o seu impacto no processo de doença seja positivo e não prejudicial à reabilitação e vivência do processo de doença.

Objetivo específico: Compreender se os participantes percecionam alterações na sua perceção de autoeficácia devido à doença.

No presente estudo os participantes identificaram tarefas que se sentem capazes, incapazes ou com menor capacidade de desempenhar. Para além disso, indicaram que, com a doença, a sua perceção quanto às suas capacidades foi alterada, comparando a sua perceção de autoeficácia do passado com a do presente. Neste âmbito destacou-se a diminuição da autoeficácia para desempenhar tarefas do quotidiano, como tarefas domésticas (e.g., lavar, limpar, cozinhar) e atividades como correr, saltar ou andar longas distâncias, ou seja, tarefas e atividades que os participantes identificaram como tendo sido prejudicadas pela doença.

Da mesma forma, mas no sentido positivo, a reabilitação também causou mudanças na perceção de autoeficácia dos participantes, uma vez que lhes permitiu recuperar capacidades e/ou desenvolver estratégias para lidar com a doença. Destacaram-se as melhorias na autonomia (e.g., uso do wc) e na capacidade de marcha.

Vários autores têm verificado que existe uma relação entre a autoeficácia e a qualidade de vida, estando a autoeficácia relacionada com os resultados da reabilitação (Robinson-Smith, Johnston & Allen 2000; Hellstrom, Lindmark, Wahlberg, & Fugl-Meyer, 2003; Middleton, Tran & Craig, 2007). Assim, como no presente estudo foram identificadas melhorias ao nível da perceção de autoeficácia relacionadas com o processo de reabilitação, enfatiza-se o papel determinante que este processo poderá ter no futuro dos utentes.

Objetivo específico: Compreender qual a perceção de autoeficácia dos participantes, em relação aos seus objetivos para a reabilitação e futuro, bem como a sua perceção de controlo.

No objetivo específico anterior verificou-se que a perceção de autoeficácia dos participantes foi alterada pela doença crónica. Uma vez que as crenças de autoeficácia influenciam as escolhas, as ambições, o esforço, os pensamentos e a forma como se lida com as exigências do meio (Bandura, 1991; 1993), aqui será explorado o que emergiu acerca da relação entre a perceção de autoeficácia e o futuro dos participantes.

Verificou-se, então, que os participantes (P1 e P6) que identificaram mudanças negativas na perceção de autoeficácia, também, referiram mais preocupações relacionadas com a incerteza quanto à evolução da doença e o seu impacto no futuro, como a dependência de terceiros. Desta forma, verifica-se que estes participantes percecionam ter menor controlo percebido, sendo que o P6 indicou, inclusive, ter receio de no futuro sofrer de depressão, pelas dificuldades que antecipa quanto à possível evolução da doença. Esta relação estabelecida pelo participante está de acordo com a perspetiva de Livneh e Antonak (2005) acerca da doença crónica levar ao aumento do stress, devido à necessidade de lidar com ameaças diárias, sendo que a incapacidade de regular pensamentos perturbadores pode levar à depressão (Kent & Gibbons, 1987).

Os mesmos dois participantes referiram, ainda, medos em relação ao futuro, que se relacionam com a imprevisibilidade da evolução da doença.

Em contraste, duas das participantes (P2 e P3) referiram querer manter-se positivas e querer acreditar que o seu estado de saúde irá melhorar. Enquanto a P3 referiu o aumento da sua perceção de autoeficácia (como consequência positiva da reabilitação), a P2 identificou limitações severas e uma baixa perceção de autoeficácia para o desempenho de tarefas, bem como uma diminuição da confiança nas suas capacidades

atuais. Contudo, a P2 identifica-se como uma pessoa otimista, por isso coloca-se a possibilidade de ser esta a razão dos seus cenários antecipatórios contrastarem com os dos participantes 1 e 6, uma vez que alguns investigadores referem que as características individuais influenciam o significado atribuído aos acontecimentos de vida bem como as estratégias para lidar com o processo de doença (Helfrich, Kielhofner & Mattingly, 1994; Gomes & Ribeiro, 2001).

Tendo em conta que todos os participantes indicaram mudanças no seu quotidiano causadas pelo processo crónico, em termos futuros todos anteciparam possíveis dificuldades no retorno ao domicílio (pós-alta da Instituição de Reabilitação). Assim, e uma vez que a perceção de autoeficácia para a realização de diversas tarefas diminuiu com as limitações impostas pela doença crónica, os participantes antecipam que seja necessário recorrer ao apoio de terceiros para a realização das mesmas. A partir da perspetiva da P4 verificou-se que a participante antecipa para si um futuro negativo, com base não só no facto de precisar do auxílio de terceiros, que entende não terem disponibilidade para responder às necessidades que identifica que terá, mas também com base no impacto que entende que a idade terá em si.

Em suma, o presente estudo vai ao encontro do que Bandura (1991; 1993) refere ser uma das principais funções do pensamento: prever eventos e desenvolver formas de controlar esses efeitos. Assim, no presente estudo verificou-se que há uma relação entre a perceção de autoeficácia e os cenários antecipatórios relacionados com a doença: 1) quando há uma baixa perceção de autoeficácia e um menor controlo percebido, então os cenários antecipatórios criados são mais negativos; 2) pelo contrário, face a melhorias na perceção de autoeficácia e um maior controlo percebido os cenários antecipatórios são mais positivos. Neste último ponto também parece estar implicado a forma como a pessoa se vê.

Em relação à reabilitação, todos os participantes perspetivaram a reabilitação como um processo positivo, capaz de auxiliar na recuperação e desenvolvimento de competências para lidar com a doença. Apenas uma das participantes manifestou uma visão negativa, mas relacionada com a sua preferência por uma instituição num local diferente, e não relacionada com a importância deste processo. Para além disso, e independentemente das incertezas quanto ao futuro percecionadas por três dos participantes (P1, P3, P6), os mesmos indicaram querer continuar a realizar fisioterapia no futuro ou, em caso de necessidade, regressar a uma Instituição de Reabilitação. De

acordo com Bandura (1993), as crenças de autoeficácia podem influenciar a escolha de atividades e ambientes, assim sendo faz sentido que, os participantes ao identificarem melhorias associadas ao processo de reabilitação, escolham continuar este processo no futuro.

Logo, e uma vez que os participantes mostraram valorizar o processo de reabilitação, faz aqui sentido destacar a importância de incluir variáveis como a percepção de autoeficácia neste processo. Como há uma interação entre a percepção de autoeficácia e as expectativas e desejos que se têm (Bandura, 1993; Norman e Aron, 2003), torna-se ainda mais importante incluir tal variável, de forma a manter a motivação durante o processo de reabilitação.

No presente estudo os participantes referiram que, de uma forma geral, quanto aos seus desejos e expectativas, gostariam de ver melhorias em termos do estado de saúde, ser capazes de ultrapassar ou adaptar-se às dificuldades/limitações e poder realizar atividades como no estado pré-mórbido. Dois dos participantes (P1 e P6) referiram, ainda, que gostariam de retomar a sua atividade laboral, mesmo com a existência de limitações físicas.

2. Discussão dos resultados da entrevista e dos instrumentos SF-36 (v2) e ICAC

Objetivo geral: Perceber quais as alterações causadas pela doença crónica e que consequências decorrem para o autoconceito e percepção de autoeficácia do doente crónico.

Objetivos específicos:

Avaliar qual a percepção que os participantes têm do seu autoconceito.

Compreender se os participantes percecionam alterações no seu autoconceito e explorar quais são essas alterações.

Avaliar qual a percepção que os participantes têm da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Compreender se há relação entre o autoconceito e a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Dimensão física

Nesta dimensão destaca-se a elevada congruência entre as respostas ao SF-36 (v2) e a descrição dos participantes acerca do seu estado físico, na entrevista. Assim, os participantes caracterizaram o seu estado de saúde de forma negativa, sendo que, no SF-36 (v2), classificaram o seu estado de saúde como razoável (P1, P2, P4, P5) ou fraco (P3, P6). Todos os participantes, à exceção da P5 (que considerou como aproximadamente igual), consideraram que o seu estado de saúde se agravou no último ano. Tendo em conta as entrevistas, isto parece acontecer devido ao facto de as condições de doença terem surgido há menos de um ano ou as limitações se terem agravado neste espaço de tempo, o que não aconteceu no caso da P5.

O impacto da doença teve consequências físicas no desempenho de várias atividades, que, para além de limitarem o desempenho de tarefas do quotidiano, prejudicam o processo de reabilitação, as relações interpessoais e a perceção de autoeficácia. Estas limitações tiveram impacto no autoconceito dos participantes, que referiram que as limitações físicas fazem com que sintam que têm uma menor liberdade, que não podem fazer o que querem, tornando-os mais tristes e com uma menor perceção de capacidade.

Quer na entrevista, quer no SF-36 (v2), os participantes (P1, P2, P3) que indicaram sentir dores intensas diariamente, também indicaram que estas interferem no seu quotidiano, prejudicando o desempenho de tarefas. A presença de dores tem que ver com as condições crónicas ou como consequência dos tratamentos realizados, sendo que, como tal, só metade dos participantes é que referiram esta consequência.

À semelhança do presente estudo, a investigação tem relacionado a doença com o surgimento de limitações nas atividades diárias (Frasure-Smith & Lesperance, 2003; Livneh & Antonak, 2005; Petrie & Revenson, 2005), bem como o aumento da dor e da fadiga (Franssen, Bultmann, Kant & van Amelsvoort, 2003), e o consequente desenvolvimento de estratégias para lidar com o processo crónico (Petrie & Morris, 1997; citados por Petrie & Revenson, 2005).

No presente estudo, ao comparar a informação da entrevista com ambos os questionários, evidenciou-se a pertinência do estudo do autoconceito no contexto da doença: 1) no domínio dos objetivos, os participantes que no ICAC indicaram percecionarem-se como persistentes e orientados para resolver problemas, partilharam na

entrevista que desenvolveram estratégias para lidar com a doença (e.g., adaptação de tarefas, estratégias cognitivas como controlo de pensamentos); 2) em relação a características específicas, três dos participantes (P4, P5, P6) identificaram em si características que relacionam com o surgimento da doença (e.g., ser desastrada aumenta o número de quedas; ser uma pessoa muito nervosa desencadeou o AVC; ser desleixado implicou não ir com regularidade ao médico). Tendo em conta que o autoconceito tem um papel determinante no funcionamento e bem-estar do ser humano (Albuquerque & Oliveira, 2002) é fulcral ter em conta esta variável no contexto da doença, uma vez que afeta a adaptação ao processo crónico (Ellis-Hill & Horn, 2000; Joyce-Moniz & Barros, 2005). Para além disso é uma variável que pode ser prejudicada pela doença, o que poderá trazer consequências mais gravosas para o doente, afetando, por exemplo, os processos motivacionais (Bandura, 1993).

Dimensão emocional

Ao nível emocional a informação apresentada na entrevista foi, para vários participantes, complementada pelo SF-36, uma vez que o guião da entrevista não contemplava nenhuma questão direcionada para este domínio e a temática nem sempre emergiu no decorrer da entrevista.

Durante a entrevista, o Participante 1 identificou alterações ao nível do sono associados a pensamentos recorrentes relacionados com a incerteza da evolução do seu estado físico. Esta informação é congruente com a do SF-36 (v2), uma vez que indicou sentir-se muito nervoso e/ou deprimido. No entanto a informação tornou-se incongruente quando indicou (no questionário) que o seu estado emocional não interfere no seu quotidiano. A incongruência encontrada pode ter que ver com o facto de o SF-36 (v2) ter sido aplicado antes do decorrer da entrevista, o que pode ter influenciado o quão confortável o participante se sentia para abordar esta questão.

A Participante 3, no SF-36, indicou sentiu-se nervosa e cansada a maioria do tempo, sendo que sentiu que o seu quotidiano foi afetado a maior parte do tempo por problemas emocionais. Contudo, na entrevista, a participante não abordou esta informação, sendo que, como tal, não foi explorada. Como aconteceu com o participante 1, não foram colocadas questões diretamente relacionadas com o impacto emocional, uma vez que a entrevista foi semiestruturada e não incluía questões deste domínio.

As preocupações e pensamentos recorrentes relacionados com a incerteza quanto à evolução do estado de saúde foram, igualmente, identificados por mais dois participantes (para além do P1, o P2 e P6), na entrevista. Esta informação é, então, congruente com o facto destes participantes terem referido, no questionário, sentir-se nervosos e deprimidos.

Para além disso, duas das participantes (P2 e P3) que indicaram (tanto na entrevista como no SF-36) sentir dores diárias e intensas, também referiram sentir-se nervosas e cansadas, o que parece estar relacionado com a presença de dores e das limitações físicas.

A participante 4 referiu ter sofrido de depressão no passado, sendo ainda atualmente medicada por um Psiquiatra. Contudo, durante a entrevista a participante não explorou as questões emocionais, mas a partir do SF-36 verifica-se que se sentiu maioritariamente nervosa, calma, tranquila e feliz.

Durante a entrevista, a participante 5 referiu que se considera uma pessoa nervosa/stressada, no entanto esta informação não foi indicada no SF-36, onde referiu sentir-se pouco tempo nervosa, mas maioritariamente calma e tranquila. Neste caso é necessário ter em conta que esta participante, para além de se considerar uma pessoa nervosa/stressada, também, se considera reservada, sendo que como tal coloca-se a hipótese de, na resposta ao SF-36, não se sentir confortável para partilhar verdadeiramente como se sentia.

Por sua vez, o participante 6 referiu sentir-se ansioso, na entrevista, e esta informação é complementada pelo questionário, onde indicou sentir-se nervoso e deprimido. Para além disso, e mantendo a congruência entre ambos os instrumentos de avaliação, o participante referiu ter receio de sofrer de depressão no futuro, como consequência da falta de recursos para lidar com as dificuldades impostas pela doença. Contudo, no SF-36 (v2) o participante refere não ter sentido interferência do seu estado emocional no quotidiano. Assim, o participante parece antecipar um cenário negativo com base na incerteza quanto à doença, mas que de momento não interfere com o seu estado emocional.

Em suma, no domínio emocional destacou-se o facto de, no SF-36, todos os participantes referirem sentir-se nervosos e algum do tempo deprimidos. Para além disso, tendo em conta as entrevistas, destacaram-se a presença de pensamentos recorrentes

relacionados com o processo crónico. Contudo, verificou-se que o impacto da doença crónica no domínio emocional não causou alterações ao nível do autoconceito nem da autoeficácia.

Dimensão social

Na entrevista e no ICAC, os participantes identificaram em si características relacionadas com o domínio social (e.g., ser conversador, ter facilidade em conviver, gostar de ajudar os outros) e manifestaram valorizar as relações pessoais (e.g., gostar de ir ao café conviver, gostar de conversar e debater assuntos com os outros). Assim, torna-se pertinente para o presente estudo que os participantes tenham identificado mudanças no domínio das relações interpessoais como consequência do processo crónico, uma vez que os sujeitos influenciam e são influenciados pelas interações sociais (Markus & Wurf, 1987).

Verificou-se anteriormente que as limitações físicas dos participantes têm impacto no autoconceito, uma vez que os participantes se percebem como tendo menos liberdade e capacidade, o que está diretamente relacionado com a impossibilidade de se deslocarem ou necessitarem do apoio terceiros para chegarem aos locais onde habitualmente convivem. Esta informação é congruente com a do SF-36 (v2), onde todos os participantes referiram limitações ao nível da atividade social como consequência da doença. Dois dos participantes referiram, ainda, que os seus relacionamentos sociais estão diferentes (para além da atividade social), o que, a partir das entrevistas, parece ter que ver com o facto de o tipo de relações ter efetivamente mudado (e.g., o P6 indica que o conteúdo das suas interações com os outros mudou, uma vez que os temas das conversas se centram na doença e não em assuntos relacionados com a sociedade).

Em contraste, duas das participantes (P3 e P5), na entrevista, referiram mudanças nas relações interpessoais, que tiveram um impacto positivo no seu autoconceito: a participante 3 referiu que sentiu as relações mais próximas e que se sentiu acarinhada, o que a fez tornar-se mais meiga; enquanto a participante 5 indicou que está menos tímida, por ter de contactar com profissionais de saúde e outros utentes.

Ainda, contrariamente ao que foi mencionado acima, dois dos participantes (P4 e P6) referiram não perceber diferenças na sua forma de ser, apesar de identificarem alterações no domínio social. Ainda que estes participantes tenham apresentado uma perspetiva contraditória, como foi discutido na secção anterior (“Discussão dos resultados

obtidos através da análise do conteúdo das entrevistas”, no objetivo específico “Compreender se os participantes percecionam alterações no seu autoconceito devido à doença e explorar quais são essas alterações”), essas incongruências não dizem respeito ao domínio social aqui explorado.

Objetivo específico: Compreender se há relação entre o autoconceito e a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Para cada uma das dimensões anteriormente referidas, a informação da entrevista foi comparada e complementada por dois instrumentos de avaliação – SF-36 (v2) e ICAC -, sendo que a maioria da informação revelou ser congruente.

Os métodos de avaliação foram úteis, uma vez que se complementaram entre si: por um lado a entrevista clarificou de forma pormenorizada as dificuldades sentidas pelos participantes, bem como as tarefas que foram comprometidas, indo para além das atividades nomeadas nas questões do SF-36 (v2); para além disso, o SF-36 complementou a entrevista quando os participantes (e.g., P5) não conseguiram identificar as tarefas para as quais se sentiam limitados; por último, o ICAC permitiu completar a perceção que os participantes têm de si, em relação a domínios que não abordaram nas entrevistas.

Como se verificou anteriormente, a saúde física dos participantes foi alterada pela doença, bem como outras áreas como o estado psicológico, a autonomia e as relações interpessoais. A QdVRS é definida como os níveis ótimos de funcionamento mental, físico, social e de papéis (Torrance, 1987), assim sendo verificou-se, no presente estudo, que a qualidade de vida dos participantes foi prejudicada pela doença crónica.

Da mesma forma, também foram identificadas alterações ao nível do autoconceito: com as restrições impostas pela doença o autoconceito foi afetado no sentido negativo de os participantes se percecionarem como tendo menos liberdade, menos capazes e mais limitados; no sentido positivo, uma das participantes indicou sentir-se mais meiga, enquanto outra se perceciona como menos tímida, relacionado com o aumento do contacto com amigos e familiares, e com utentes e profissionais de saúde, respetivamente.

Assim, verificou-se que as limitações impostas pela doença afetaram negativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde de todos os participantes, o que, por sua vez, teve impacto na perceção que os participantes têm de si.

Capítulo 5. Conclusões

1. Principais conclusões

A presente investigação tinha como principal propósito clarificar qual o impacto das alterações da doença crónica no autoconceito e na perceção de autoeficácia. Assim, o estudo focou-se na exploração das áreas afetadas pelo processo crónico e na identificação de mudanças ao nível do autoconceito e da perceção de autoeficácia.

Conclui-se, relativamente à doença crónica, que esta tem um impacto negativo em várias áreas de vida. O impacto da doença é uma categoria relevante, que emergiu no presente estudo, e a partir da qual se verificou que o processo crónico afeta não só o domínio orgânico e físico do doente, mas também o desempenho de tarefas e atividades, bem como o estado psicológico. Para além destas limitações, destacou-se a necessidade de lidar com a sintomatologia, de recorrer aos cuidados de saúde e realizar intervenções clínicas. Por último, uma participante (P4) referiu o impacto que a medicação prescrita para a doença crónica teve na sua funcionalidade.

Para dar resposta às dificuldades impostas pela doença verificou-se que os doentes crónicos desenvolvem estratégias (e.g., adaptação de tarefas e estratégias cognitivas) e adequam comportamentos (e.g., preventivos como o uso de cadeira de rodas).

No presente estudo os participantes partilharam a perceção que têm de si, descrevendo as suas características em relação a diferentes domínios, crenças e a sua perceção quanto o domínio das relações interpessoais. Contudo, como consequência do impacto da doença nos domínios anteriormente referidos, averiguou-se que outras áreas foram afetadas como a área social, emocional e a perceção de capacidade. Foi, a partir das alterações nestas áreas, que os participantes identificaram mudanças no seu autoconceito, uma vez que parece que quando as limitações surgem em áreas que têm um maior impacto para os sujeitos, então decorrem consequências na perceção que o sujeito tem de si. Destacaram-se alterações negativas, como não terem liberdade para fazer tudo o que querem e sentirem-se menos capazes e mais limitados. Para além destas questões, dois dos participantes referiram percecionarem-se como menos alegres e outro como não se sentindo realizado; um dos participantes referiu, ainda, sentir mais solidão, sentir-se uma pessoa mais parada e menos vivida; e uma participante esclarece que se o domínio social continuar comprometido, então entende que a sua forma de ser também será afetada. Da

mesma forma, destacaram-se alterações positivas: uma das participantes referiu estar mais meiga e outra menos tímida.

Por sua vez, as limitações na realização de tarefas e atividades afetaram negativamente a percepção de autoeficácia dos participantes. Com efeito, as mudanças na percepção de autoeficácia e as incertezas quanto à evolução da doença fazem com que os participantes tenham um menor controlo percebido e que antecipem cenários negativos no seu futuro (e.g., sofrer de depressão). Contrariamente, a percepção de autoeficácia aumentou com os ganhos obtidos através do processo de reabilitação. Assim, e em contraste, quem acredita nas melhorias no estado de saúde (maior controlo percebido) e procura manter uma atitude positiva, antecipa cenários mais positivos (e.g., voltar à rotina).

De forma a alcançar melhorias no estado de saúde e uma melhor adaptação ao processo de doença, verificou-se que o processo de reabilitação é valorizado como um meio que permite atingir esses objetivos.

Na comparação entre as entrevistas e os questionários (SF-36 (v2) e ICAC), os dados obtidos revelaram ser maioritariamente congruentes e complementares entre si. Concluiu-se que a QdVRS é percecionada como negativa, uma vez que o estado de saúde dos participantes se agravou no último ano e que a doença crónica teve impacto em vários domínios (como foi referido anteriormente). Destacou-se o impacto da doença crónica na privação social, uma vez que a doença comprometeu a capacidade de marcha ou implicou um regime de internamento. Tal facto, por sua vez, impediu os participantes de frequentar os locais de convívio habituais ou, como um dos participantes referiu, comprometeu os temas de conversa nas interações com os outros. Como foi referido anteriormente, estas questões tiveram impacto na percepção que os participantes têm de si e na sua percepção de autoeficácia.

No que diz respeito ao domínio emocional destacou-se o facto de os participantes se sentirem nervosos e algum do tempo deprimidos, sendo que alguns referiram a presença de pensamentos recorrentes relacionados com o processo crónico. Contudo, não se verificou alterações no autoconceito nem na percepção de autoeficácia devido ao domínio emocional.

Para além disso, a comparação entre os dados das entrevistas e dos questionários permite enfatizar a pertinência do estudo do autoconceito no contexto da doença, uma vez

que os participantes identificaram em si características que se relacionam com a vivência e conhecimento da doença. Os participantes identificaram ser persistentes e orientados para a resolução de problemas, o que, nas entrevistas, se relaciona com o facto de desenvolverem estratégias para lidar com a doença. Para além disso, alguns dos participantes identificaram características que entendem ter influência no surgimento da doença (e.g., ser desleixado implicou não ir com regularidade ao médico).

Assim, conclui-se que o autoconceito e a percepção de autoeficácia são variáveis que sofrem alterações consoante os domínios de vida que são afetados pela doença crónica. Tendo em conta que ambos os constructos são centrais no controlo e definição do comportamento (e.g., estabelecimento de objetivos, manutenção da motivação), é importante que sejam trabalhados no âmbito do processo de reabilitação, de forma a que o seu impacto seja positivo e não prejudicial a esse processo e à própria vivência da doença.

2. Limitação do presente estudo

A limitação que se destaca no presente estudo é a reduzida dimensão da amostra, o que implica que, tendo em conta que se trata de um estudo exploratório com seis participantes, não seja possível generalizar os resultados para a população de doentes crónicos em Portugal.

3. Sugestões para investigação futura

Durante a entrevista foi colocada uma questão acerca dos objetivos para o futuro, sendo que os participantes deram respostas orientadas para o futuro em relação à doença e à reabilitação. Em investigações futuras será importante explorar quais os objetivos em relação a diferentes domínios, de forma a perceber se as alterações na percepção de autoeficácia, devido à doença, têm impacto na percepção quanto ao futuro no que diz respeito a outras áreas.

Da mesma forma, ao realizar uma investigação do género numa amostra mais ampla, este campo de estudo pode beneficiar com o surgimento de outras áreas do autoconceito que são prejudicadas pela doença crónica.

4. Aplicabilidade do estudo

Os resultados obtidos no presente estudo permitem sinalizar o impacto que as mudanças associadas à doença podem ter no autoconceito e na percepção de autoeficácia.

Assim sendo, e como foi referido anteriormente, é importante incluir, promover e desenvolver estas variáveis durante o processo de reabilitação, de forma a que o impacto das mesmas seja favorável ao processo de reabilitação e à vivência da doença.

Da mesma forma, neste âmbito destacou-se o facto de o domínio social ser um dos domínios mais prejudicados pela doença. Como tal, defende-se a necessidade de implementar atividades que promovam esta área, de acordo com a idiossincrasia de cada um (e.g., o que valorizam nas atividades de socialização).

Salientou-se, ainda, o facto de os participantes terem dúvidas e incertezas quanto às doenças de que padecem, o que é causador de pensamentos recorrentes e de ansiedade. Assim, destaca-se a importância da psicoeducação sobre a doença, de forma a promover o conhecimento sobre as mesmas e aumentar o leque de estratégias de confronto para lidar com o processo crónico.

Referências Bibliográficas

- Alase, A. (2017). The interpretative phenomenological analysis (IPA): A guide to a good qualitative research approach. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 5(2), pp. 9-19. doi: 10.7575/aiac.ijels.v.5n.2p.9
- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito. *Millenium*, 26. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.19/625>
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (in press). Self-efficacy regulation of affective states and biological stress reactions. In J. F. Cruz (Ed.), *Stress, anxiety, and emotional disorders*.
- Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of personality and social psychology*, 45(5), 1017.
- Bandura, A., & Jourden, F. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of personality and social psychology*, 60(6), 941.
- Biggerstaff, D., & Thompson, A. (2008). Interpretative phenomenological analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative research in psychology*, 5(3), 214-224. doi: 10.1080/14780880802314304

- Boni, V., & Quaresma, S. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80.
- Bowling, A. (2001). Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.
- Cross, S., & Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human development*, 34(4), 230-255.
- Darley, J., & Fazio, R. (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American psychologist*, 35(10), 867. doi: 10.1037/0003-066X.35.10.867
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal cord*, 35(12), 829.
- Ellis-Hill, C., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14(3), 279-287.
- Ferreira, P. (2000a). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation. *Acta medica portuguesa*, 13(1-2), 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II-- Validation tests. *Acta medica portuguesa*, 13(3), 119-27.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, S., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento

de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, SP. Vol. 21, n. 1 (jan./mar. 1999), p. 19-28.*

Franssen, P., Bültmann, U., Kant, I., & van Amelsvoort, L. (2003). The association between chronic diseases and fatigue in the working population. *Journal of psychosomatic research*, 54(4), 339-344. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00395-1

Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2003). Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Archives of general psychiatry*, 60(6), 627-636. doi: 10.1001/archpsyc.60.6.627

Gomes, M., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, saúde & doenças*, 2(1), 35-45.

Goodman, R., Posner, S., Huang, E., Parekh, A., & Koh, H. (2013). Defining and Measuring Chronic Conditions: Imperatives for Research, Policy, Program, and Practice. *Preventing chronic disease*, 10. doi: 10.5888/pcd10.120239

Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(1), 46-53.

Helfrich, C., Kielhofner, G., & Mattingly, C. (1994). Volition as narrative: Understanding motivation in chronic illness. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(4), 311-317.

Hellstrom, K., Lindmark, B., Wahlberg, B., & Fugl-Meyer, A. (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation. *Journal of rehabilitation medicine*, 35(5), 202-207. doi: 10.1080/16501970310000836

- Horton, J., Macve, R., & Struyven, G. (2004). Qualitative research: experiences in using semi-structured interviews. *The real life guide to accounting research*, 339-357. doi: 10.1016/B978-008043972-3/50022-0
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde: Desenvolvimento e Intervenção*. Porto: ASA.
- Kent, G., & Gibbons, R. (1987). Self-efficacy and the control of anxious cognitions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 33-40.
- Livneh, H., & Antonak, R. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12-20. doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *Bmj*, 321(7268), 1051-1054. doi: [10.1136/bmj.321.7268.1051](https://doi.org/10.1136/bmj.321.7268.1051)
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual review of psychology*, 38(1), 299-337.
- McHorney, C., Ware, J., & Raczek, A. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical care*, 247-263.
- Middleton, J., Tran, Y., & Craig, A. (2007). Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 88(12), 1643-1648. doi: 10.1016/j.apmr.2007.09.001

- Nicholls, J. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological review*, 91(3), 328.
- Norman, C., & Aron, A. (2003). Aspects of possible self that predict motivation to achieve or avoid it. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(5), 500-507. doi: 10.1016/S0022-1031(03)00029-5
- Petrie, K., & Revenson, T. (2005). New Psychological Interventions in Chronic Illness: Towards Examining Mechanisms of Action and Improved Targeting. *Journal of Health Psychology*, 10(2), pp. 179-184. doi: 10.1177/1359105305049761
- Post, M. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 20(3), 167-180. doi: 10.1310/sci2003-167
- Robinson-Smith, G., Johnston, M., & Allen, J. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(4), 460-464. doi: 10.1053/mr.2000.3863
- Shavelson, R., & Bolus, R. (1982). Self concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational psychology*, 74(1), 3.
- Silva, G. (2010). *O Método Científico na Psicologia: Abordagem qualitativa e quantitativa*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0539.pdf>
- Smith, J. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(1), 39-54. doi: 10.1191/1478088704qp004oa

- Stanton, A., Revenson, T., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 565-592. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085615
- Stuckey, H. (2013). Three types of interviews: Qualitative research methods in social health. *Journal of Social Health and Diabetes*, 1(2), 56. doi: 10.4103/2321-0656.115294
- Torrance, G. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of chronic diseases*, 40(6), 593-600.
- Vaz Serra, A. (1986). O “Inventário Clínico de Auto-Conceito”. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), pp. 67-85.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise psicológica*, 6, 101-110.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- Woodgate, J., & Brawley, L. (2008). Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 366-387. doi: 10.1177/1359105307088141
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report*. Disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/downloads/who_innovative_care_for_chronic_conditions.pdf

APÊNDICES

Apêndice A – Protocolo de consentimento informado para os participantes

Protocolo de Consentimento Informado

Eu, _____

aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Bárbara Rodrigues Herculano (estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Carlos Sepúlveda Afonso Fradique, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença.

Foi-me explicado e compreendo o objetivo principal deste estudo:

1. Avaliar a perceção do doente crónico quanto ao seu autoconceito e perceção de autoeficácia.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha qualidade de vida e o meu autoconceito (cerca de 30 minutos).
3. Participar numa entrevista (com duração prevista de 1 hora) abordando aspetos relacionados com o meu autoconceito e perceção de autoeficácia.

Outras observações:

- ✓ Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo eu desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- ✓ Compreendo que a entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição dos dados. Compreendo, também, que a gravação áudio será imediatamente destruída assim que os dados estejam recolhidos e tratados de forma anónima.
- ✓ Compreendo que os dados constantes no meu processo clínico poderão ser consultados pela investigadora do estudo, a fim de confirmar e completar a informação sociodemográfica/clínica sobre mim.
- ✓ Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação e que os dados serão utilizados para fins meramente científicos.

- ✓ Compreendo que ao participar neste trabalho estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica, na área da qualidade de vida doente, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.
- ✓ Compreendo que, após a conclusão do estudo, tenho a possibilidade de receber informação sobre os resultados do estudo, que serão apresentados de forma global e em linguagem não técnica, preservando a confidencialidade da informação recolhida.

Obrigada pela sua colaboração!

Declaro que fiquei esclarecido/a em relação ao estudo e que aceito participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Se tiver alguma dúvida e/ou pretender receber informação sobre os resultados globais do estudo, por favor contacte para:

Bárbara Herculano: barbaraherculano@campus.ul.pt

Fernando Fradique: ffradique@psicologia.ulisboa.pt

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico do participante

Questionário Sociodemográfico

Código: _____

Sexo: Masculino ____ Feminino ____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil:

Solteiro (a) ____ Casado(a) ____

Divorciado(a) ____ Viúvo(a) ____

União de Facto ____ Separado(a) ____

Profissão (atual ou anterior): _____

Filhos:

Não ____ Sim ____ Quantos? _____

Tem outros dependentes?

Não ____ Sim ____ Quantos? _____ Parentesco? _____

Religião: _____

Doença(s) crónica(s): _____

Após o diagnóstico teve acompanhamento psicológico? Não ____ Sim ____

Se sim, porquê? _____

Apêndice C – Guião da entrevista semiestruturada

Tema	Objetivos	Questões-tipo
Conceção da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender de que forma é que o utente perceciona a sua condição crónica. 	<p>Que doença(s) tem?</p> <p>Pode explicar no que, no seu entender, consiste a doença?</p>
Consequências da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que alterações a condição crónica trouxe para o utente. <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar quais as limitações causadas pela condição crónica; ○ Perceber que alterações ocorreram: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Na vida em geral; ▪ Nas atividades do dia-a-dia. 	<p>Que limitações/dificuldades surgiram com a doença?</p> <p>O que entende que mudou na sua vida desde que descobriu que tem a doença?</p> <p>O que mudou no seu dia-a-dia?</p>
Autoeficácia	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que impacto a condição crónica teve na sua perceção de autoeficácia; • Identificar que tarefas/atividades o utente deixou de ser capaz de realizar devido à doença. 	<p>Que tarefas/atividades conseguia fazer antes que agora sente que não é capaz?</p> <p>Porque é que entende que tem essa perceção?</p>

Autoconceito	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber como o utente perceciona o seu autoconceito. 	<p>Como é que acha que é?</p> <p>Como é que se vê?</p>
Alterações no autoconceito	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar quais as mudanças que ocorreram na forma como se vê; <ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar se o utente refere mudanças ao nível de: características pessoais; papéis; crenças, etc. • Perceber se a pessoa perceciona que há um antes e um depois da doença, no que se refere ao seu autoconceito. 	<p>Sente que é uma pessoa diferente desde que descobriu que tem a doença? O que entende que mudou na forma como se vê desde que teve o diagnóstico?</p>
Autoconceito e autoeficácia	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber quais as implicações que as (possíveis) alterações do autoconceito têm no quotidiano do sujeito e na sua perceção de autoeficácia. 	<p>Em que medida entende que a forma como se vê agora afeta o que sente que é capaz de fazer?</p> <p>Acha que é uma pessoa tão confiante quanto às suas capacidades como antes da doença? O que mudou?</p>

<p>Expectativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber quais as expectativas que o doente tem para o futuro: <ul style="list-style-type: none"> ○ Perceber como o utente se vê no futuro; ○ Identificar os objetivos do utente para o futuro; ○ Perceber quais as crenças de autoeficácia do utente para alcançar esses objetivos. 	<p>Como se vê no futuro?</p> <p>Que objetivos tem para o futuro?</p> <p>O que espera conseguir fazer no futuro? Sente-se capaz de alcançar esses objetivos?</p>
<p>Autoeficácia para a reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber qual a perceção de autoeficácia face à reabilitação. • Perceber se entende que a reabilitação na instituição é benéfica e que ganhos pode retirar da mesma; • Perceber se o utente se sente capaz/com recursos para participar e evoluir com a reabilitação; • Perceber qual o controlo que o utente sente ter da sua reabilitação. 	<p>Que ganhos entende que a reabilitação pode trazer-lhe?</p> <p>O que entende que tem de fazer/que capacidades tem de ter para atingir essa evolução?</p> <p>Face a obstáculos como costuma tentar contorná-los? Se acontecer na reabilitação como acha que irá lidar?</p> <p>No seu entender como acha que pode ter controlo sobre o que acontece na sua reabilitação, que lhe permita atingir os seus objetivos?</p>

Apêndice D – Grandes categorias, categorias e subcategorias

EXPLICAÇÃO E VIVÊNCIA DA DOENÇA

1. Conhecimento da(s) doença(s)

1.1. Identificação/Descrição da(s) doença(s)

Descrição dos problemas de saúde (P1, 2; P1, 23)

Referência a problemas de saúde anteriores (P1, 121; P1, 123)

Descrição de problema cardíaco (P1, 140)

Explicação do motivo de internamento atual – queda e fratura (P2, 37)

Percepção sobre ter excesso de peso (P2, 69)

Identificação de condições crônicas (P2, 4)

Descrição de problema de saúde no passado (P2, 109; P3, 125)

Descrição da condição crônica que originou o internamento (P3, 14)

Diagnóstico de duas condições crônicas (P4, 14)

Referência a esgotamento nervoso (P4, 50)

Referência a ter sofrido dois AVC antes do diagnóstico da doença (P5, 6)

Identificação de doenças (P5, 112)

Problemas de saúde ao nível da coluna (P6, 17)

Referência a doença muscular crônica (P6, 113)

Recordação sobre ter tido apenas duas gripes no passado (P6, 125)

1.2. Percepção sobre o surgimento da(s) doença(s)

Incompreensão quanto à razão da queda que causou fratura (P2, 38; P2, 39; P2, 142)

Percepção sobre rapidez da evolução do quadro clínico (P3, 7)

Susto devido a surgimento súbito de sintomas físicos (P3, 18)

Diagnóstico da doença na adolescência (P4, 1)

Não identifica acontecimento desencadeador da depressão (P4, 68; P4, 70)

Identificação de possível fator desencadeador da depressão (P4, 71)

Percepção de que a doença poderia ter surgido em qualquer altura da vida (P5, 4)

Dificuldade em nomear razão para acompanhamento psiquiátrico (P5, 12)

Ressurgimento inesperado da doença (P5, 170)

Percepção sobre ter tido um desenvolvimento normal até aos 17 anos (P6, 22)

Percepção negativa sobre o surgimento repentino e incapacitante da doença (P6, 127)

1.3. Percepção sobre a(s) doença(s)

Desvalorização do problema de saúde (P1, 142)

Percepção de que perdeu anos de vida devido ao facto de estar numa cadeira de rodas (P1, 169)

Desvalorização de eventual ressurgimento ou consequências da doença (P2, 42)

Percepção sobre necessidade de perder peso (P2, 93; P2, 95)

Conceção sobre ter uma doença “muito complicada” (P2, 102)

Percepção sobre uma patologia dar origem a outra (P2, 103)

Percepção sobre no passado não ter tempo para ficar doente (P2, 117)

Reconhecimento de diferenças inter-individuais em relação ao funcionamento fisiológico (P2, 137; P2, 140)

Percepção de que intervenção cirúrgica poderia não ter ocorrido se a doença não se tivesse agravado (P3, 93)

Percepção da própria sobre incontinência urinária ser permanente (P3, 167)

Percepção sobre a doença e as suas consequências serem uma aprendizagem de vida (P3, 223)

Perceção sobre os outros terem ficado sensibilizados com o aparecimento da sua doença (P3, 210)

Perceção de que sofre de uma epilepsia “bem profunda, bem grande” (P4, 8)

Perceção sobre o impacto negativo da idade no aparecimento da doença (P4, 115)

Perceção de que precisa de perder peso (P4, 143)

Perceção sobre saber pouco acerca da doença (P5, 1)

Perceção sobre haver pouco para saber sobre a doença (P5, 2)

Perceção sobre sofrer de uma doença congénita (P5, 3)

Perceção sobre ser necessário aprender a viver com a doença (P5, 5)

Perceção sobre sofrer de doença genética, ainda que não identifique casos na família (P5, 8)

Perceção de que o segundo AVC foi pior do que o primeiro (P5, 14)

Perceção de que paresia do corpo foi devido a repetição do AVC no mesmo dia (P5, 16)

Perceção de que tonturas se devem à falta da venda no olho (P5, 61)

Valorização do facto de o AVC não ter afetado mais áreas para além da visão (P5, 65)

Reconhecimento da possibilidade de existirem vários fatores que influenciem o desencadear de AVC (P5, 110)

Perceção sobre a doença o ter levado a um extremo (P6, 2)

Perceção sobre interação entre a condição crónica anterior e a atual (P6, 19; P6, 27)

Perceção sobre haver a possibilidade de ter algum problema não detetado pelos exames que realizou até ao momento (P6, 31; P6, 34)

Perceção sobre a possibilidade de a doença crónica resultar de problemas gástricos ao longo da vida (P6, 37)

Percepção sobre o conhecimento empírico poder não estar de acordo com os dados científicos (P6, 50)

Reflexão acerca da informação fornecida pelos médicos (P6, 59)

Percepção sobre a possibilidade de a doença não ter cura (P6, 67)

Percepção sobre não poder estar sempre na condição de internamento (P6, 88)

Percepção sobre no passado não imaginar que atualmente este seria o seu estado de saúde (P6, 111)

Percepção sobre no passado não saber quando é que a doença iria evoluir e causar limitações (P6, 114)

1.4. Percepção sobre a morte no âmbito da(s) doença(s)

Percepção de que uma possível amputação seria sinónimo da sua morte (P1, 238)

Percepção sobre possibilidade de morrer durante cirurgia (P3, 25)

Descrição das sensações quando sentiu que poderia morrer (P6, 141)

Percepção sobre não ter pensando na morte quando sentiu a sua iminência (P6, 143)

Percepção sobre perante a iminência da morte estar preocupado com a aflição que sentia (P6, 144)

Percepção de que poderia ter morrido se não tivesse sido assistido (P6, 145)

1.5. Reconhecimento de comportamentos prejudiciais para a saúde

Percepção de exagero nos exercícios físicos, que poderá ser detetado pelo médico (P1, 119)

Percepção de exagero na atividade física (P2, 12)

Percepção sobre o impacto da má alimentação nos ossos (P2, 108)

Referência a beber pouca água (P3, 161)

2. Percepção sobre o estado de saúde

2.1. Percepção sobre estado atual de saúde

Percepção sobre debilidade da saúde física (P1, 98; P3, 22)

Percepção negativa sobre o estado de saúde (P2, 100)

Percepção de que ainda está em recuperação (P3, 250)

Percepção sobre falta de saúde (P4, 105)

2.2. Percepção sobre melhorias no estado de saúde

Recuperação positiva após período com limitações físicas (P2, 11)

Percepção de melhorias no apetite (P2, 92)

Percepção de melhorias no desempenho das AVD (P2, 122)

Percepção sobre estado de saúde geral ter sido pior no passado (P3, 29; P3, 101)

Reconhecimento de melhorias na aparência física (P3, 95)

Reconhecimento de melhorias no estado de saúde em geral (P3, 99)

Percepção de melhorias devido à reabilitação (P2, 77; P3, 251)

Valorização do facto da situação de agudização ter passado (P3, 80)

Percepção de que o momento de agudização é passado (P3, 265)

Aumento de peso (P3, 257)

Percepção positiva acerca da alimentação atual (P3, 258)

Ausência de mal-estar físico após as refeições (P3, 263)

Percepção de espanto dos outros face à sua recuperação (P3, 239)

Percepção de alegria dos outros face à sua recuperação (P3, 240; P3, 248)

Percepção sobre os outros ficarem incrédulos se vissem a sua alimentação atual (P3, 259)

Melhorias no andar pós-alta hospitalar (P5, 21)

Percepção de recuperação dos movimentos da mão, apesar de não serem visíveis (P5, 22)

Percepção sobre melhorias ao nível do membro superior esquerdo (P5, 63; P5, 146)

Referência a dificuldades no pós-AVC que foram ultrapassadas (P5, 55)

Percepção sobre melhorias na mão dominante (P5, 83)

Recuperação da capacidade para fazer marcha de forma autónoma (P5, 94)

Percepção de que recuperou a marcha autonomamente (P5, 165)

Recuperação lenta e progressiva de capacidades afetadas pelo segundo AVC (P5, 168)

Percepção sobre melhorias no equilíbrio postural (P5, 204)

Melhorias no estado da doença após procedimento médico (P6, 7)

Valorização da recuperação da capacidade de se alimentar, após período de incapacidade total (P6, 10)

Aumento da capacidade para se alimentar (P6, 12)

Percepção de melhorias na autonomia (P6, 76)

Percepção sobre o impacto positivo das melhorias da alimentação na capacidade para andar (P6, 93)

2.3. Sensações associadas às melhorias no estado de saúde

Valorização do facto de estar viva (P3, 222)

Sensação de prazer associada à recuperação da capacidade de se alimentar (P6, 8; P6, 11)

2.4. Percepção sobre o agravamento do estado de saúde

Percepção de que não precisou de fisioterapia após cirurgia no passado (P1, 95)

Percepção de que estado clínico atual é diferente do passado (P1, 96)

Percepção sobre a saúde se ter agravado com a idade (P1, 126)

Percepção sobre estado físico ter sido melhor no passado (P1, 141)

Aumento dos problemas de saúde (P2, 56)

Percepção de aumento do desequilíbrio (P4, 11)

Percepção que o estado de saúde tem piorado nos últimos anos (P4, 13; P4, 109)

Agravamento progressivo da doença muscular crónica (P6, 21)

Agravamento lento e progressivo da doença muscular crónica (P6, 25)

Percepção sobre progressão acentuada do encurvamento da coluna no último ano (P6, 26)

Percepção sobre ter sido saudável no passado (P6, 126)

2.5. Percepção sobre a estagnação do estado de saúde

Percepção sobre não identificar melhorias no estado de saúde (P6, 70)

3. Vivência da(s) doença(s)

3.1. Sintomatologia

Referência a ataques epiléticos frequentes até ao ajuste da medicação (P4, 6)

Sintomas percecionados no esgotamento (P4, 51)

Identificação de sintomas no passado possivelmente relacionados com o diagnóstico atual (P5, 9)

Enumeração dos sintomas do terceiro AVC (P5, 59)

Referência a sintomatologia ansiógena no passado (P5, 113)

Percepção sobre ficar irritada quando fica ansiosa (P5, 118)

3.2. Dor

Referência a dores diárias incapacitantes (P1, 39)

Referência a dores intensas diariamente (P1, 42; P1, 50)

Referência a dores diárias (P1, 65)

Referência a dores constantes (P1, 66)

Percepção de que os outros não sabem as dores que realmente sente (P1, 68)

Referência a dores localizadas (P1, 120; P2, 101; P3, 28)

Referência a dores intensas (P2, 1)

Referência a dores frequentes e incapacitantes (P2, 31)

Referência a dores intensas em todo o corpo (P2, 82)

Aparecimento de dores há vários anos (P2, 104)

Referência a dores limitadoras (P3, 141)

Ausência de dores na garganta (P3, 104)

Ausência de dores (P6, 112)

3.3. Medos relacionados com a doença

3.3.1. Identificação de medos relacionados com a doença

Medo de não voltar a andar (P1, 6)

Medo decorrente de experiência anterior de consequências pós-cirúrgicas (P1, 100)

Medo de subir escadas (P2, 14)

Medo de cair (P2, 15)

Medo relacionado com resultados de exames médicos (P2, 74)

Medo de realizar esforços na reabilitação que possam prejudicar a recuperação (P2, 136)

Medo de andar na rua (P3, 140)

Medo de usar escadas (P3, 147)

Medo de voltar a ter problemas de saúde (P3, 283)

Medo de sofrer recaída na depressão (P4, 76)

Receio de que os efeitos secundários da medicação a impeçam de alcançar os seus objetivos (P4, 81)

Medo de conduzir associado aos problemas de visão causados pela doença (P5, 57)

Medo temporário de andar (P5, 90)

Medo de contrariar recomendação médica acerca de manter dieta líquida (P6, 48)

Associação entre ser saudável e medos em relação aos hospitais (P6, 167)

3.3.2. Ausência de medos relacionados com a doença

Perceção sobre não ter medo (P3, 285)

3.3.3. Realização de atividades apesar dos medos percecionados

Perceção sobre não evitar andar apesar do medo (P5, 91)

3.3.4. Evitamento de atividades devido a medos relacionados com a doença

Evitamento de atividades em que considere que pode cair (P2, 16; P2, 17)

Evitamento do uso do wc sozinha por medo de cair (P2, 124)

Não realiza determinadas tarefas domésticas por medo de subir a escadotes (P4, 88)

3.4. Sentimentos e sensações relacionados com a doença

Sentimento de injustiça em relação ao aparecimento da condição (P1, 14)

Resignação com o estado atual de saúde (P1, 78)

Auto culpabilização pela rutura da cicatriz cirúrgica (P1, 99)

Perceção sobre se sentir perdida aquando do esgotamento (P4, 54)

Surpresa pelo surgimento repentino da doença (P6, 66)

Lamentação quanto à evolução repentina da doença muscular (P6, 115)

Percepção sobre considerar o surgimento da doença um choque brutal (P6, 128)

Pânico devido a ter dificuldades em falar (P6, 139)

IMPACTO DA DOENÇA

1. Ausência de mudanças devido à doença

Valorização do facto de conseguir tomar banho (P2, 120)

Valorização das capacidades preservadas (P2, 128)

Manutenção da capacidade de andar (P4, 16)

Capacidade para conduzir não foi prejudicada (P5, 56)

2. Mudanças causadas pela doença

2.1. Impacto negativo da doença no funcionamento orgânico

Alterações orgânicas devido a condição crónica (P1, 48)

Perda da marcha durante 3 anos como consequência da doença (P2, 3)

Dificuldades em andar como consequência da doença (P2, 46)

Reconhecimento de limitações físicas (P2, 48)

Limitações ao nível dos membros inferiores (P2, 127)

Dificuldade em se lembrar que tem limitações (P2, 169)

Percepção sobre o impacto negativo das intervenções médicas no funcionamento orgânico (P3, 30)

Mudanças nas sensações corporais (P3, 103; P3, 106)

Percepção sobre alterações no controlo dos esfíncteres urinários (P3, 168)

Percepção sobre alterações no controlo dos esfíncteres urinários desde a cirurgia (P3, 169)

Perda de cabelo (P3, 245)

Efeitos secundários dos tratamentos realizados (P3, 264)

Referência a dificuldades em andar após período de agudização (P3, 117)

Percepção sobre limitações físicas como consequência da doença crônica (P4, 39)

Perda de força como consequência do primeiro AVC (P5, 13)

Paresia do lado esquerdo do corpo devido a AVC (P5, 15)

Paresia total do membro superior esquerdo pós-AVC (P5, 18)

Dificuldade em explicar dificuldades ao nível da perna após AVC (P5, 19)

Paresia do membro inferior pós-AVC (P5, 20)

Percepção de que comandava a mão, mas não havia resposta do membro (P5, 23)

Dificuldades mais acentuadas no membro superior esquerdo (P5, 31)

Referência à paresia ter sido no membro dominante (P5, 32)

Percepção sobre maiores dificuldades causadas pelo segundo AVC (P5, 40)

Percepção de maiores dificuldades imediatamente após o segundo AVC (P5, 53)

Dificuldades visuais como consequência do terceiro AVC (P5, 58)

Vertigens temporárias como consequência do terceiro AVC (P5, 60)

Tonturas ligeiras como consequência do terceiro AVC (P5, 62)

Desequilíbrio postural como consequência do terceiro AVC (P5, 66)

Limitações ao nível da força após AVC (P5, 76)

Percepção sobre força ser pouca no passado (P5, 78)

Limitações ao nível da força após AVC (P5, 79)

Maiores limitações na mão dominante (P5, 81)

Dificuldades na marcha após segundo AVC (P5, 164)

Necessidade de testar os limites no pós-AVC para perceber as limitações (P5, 205)

Surgimento de dificuldades ao nível da alimentação com o aparecimento da doença (P6, 1)

Referência a ter perdido a vontade de comer (P6, 3)

Sensação de fraqueza associado ao facto de não conseguir comer, como consequência da doença (P6, 5)

Referência a sensação extrema de sede (P6, 6)

Perceção sobre a existência de riscos em realizar uma alimentação sem restrições (P6, 14)

Perceção sobre agravamento da doença muscular com o internamento devido ao surgimento de outra condição crónica (P6, 18)

Perceção sobre fase em que ficou bastante fraco (P6, 46)

Referência a não ter dificuldades em andar antes da doença (P6, 79; P6, 81)

Perceção sobre alterações nas capacidades físicas desde o surgimento da doença (P6, 77)

Referência a falta de força no passado (P6, 107)

Perceção sobre ter força muscular no passado (P6, 116)

Limitações na força física (P6, 196)

2.2. Impacto negativo da doença no surgimento de outras condições patológicas

Fratura como consequência da doença crónica (P2, 6)

Descrição de problema de saúde como consequência de cirurgia (P2, 84; P2, 89)

Perda de apetite (P2, 85)

Associação de problema de saúde a queda que sofreu (P2, 146)

Referência a várias fraturas como consequência das condições crónicas e quedas frequentes (P4, 15)

Referência a fraturas como consequência de quedas (P4, 18; P4, 19)

Perceção de que atualmente as quedas causam lesões (P4, 110)

Perceção sobre ter ficado afetada com a queda recente (P4, 136)

2.3. Impacto negativo da doença na autonomia

2.3.1. Identificação de mudanças na autonomia

Impossibilidade para habitar sozinho (P1, 25)

Impossibilidade de ficar sozinho (P1, 27)

2.3.2. Necessidade de recorrer ao apoio de terceiros

Necessidade de habitar com familiar (P1, 28)

Dependência de transporte de familiar para se deslocar a clínica de fisioterapia (P1, 83; P1, 85)

Recurso ao apoio domiciliário no passado (P1, 84)

Necessidade de apoio nas transferências (P2, 125)

Necessidade de recorrer ao apoio de terceiros (P3, 8; P3, 11; P3, 20; P3, 45)

Necessidade de ter apoio domiciliário (P3, 38)

Necessidade de recorrer ao apoio de terceiros no passado (P3, 148)

Recurso a novos meios da comunidade para realizar tratamento da roupa (P3, 231)

Necessidade de apoio de terceiros para pentear (P3, 243)

Necessidade de apoio de terceiros para se deslocar (P3, 244)

Auxílio de familiares para marcação de consultas (P4, 78)

Auxílio de instituição para realização das tarefas domésticas (P4, 92)

Auxílio temporário de terceiros para fazer levantar e marcha (P5, 93)

Apoio de terceiros para inscrição nos Cuidados Continuados Integrados (P5, 208)

Necessidade do apoio de terceiros para tratar da alimentação no retorno ao domicílio (P6, 85)

Perceção sobre o pior ser o transporte para as idas frequentes ao hospital (P6, 86)

2.3.3. Evitamento de recorrer ao apoio de terceiros

Evitamento de partilhar dificuldades com terceiros (P2, 52)

Evitamento de pedir auxílio a terceiros (P2, 53)

Evitamento de pedir auxílio a terceiros para usar transportes públicos (P2, 170)

2.3.4. Perceção positiva sobre o apoio de terceiros

Perceção positiva sobre o auxílio de terceiros (P2, 51)

Aceitação do auxílio de terceiros para uso de transportes públicos (P2, 173)

Valorização dos profissionais do apoio domiciliário (P3, 39)

Perceção sobre necessidade de manter apoio domiciliário (P3, 40)

Valorização dos cuidados prestados pelo apoio domiciliário (P3, 42)

Perceção positiva sobre o apoio de instituição (P3, 159)

Confiança na pessoa que realiza a limpeza da casa (P3, 229)

Valorização do apoio de terceiros (P3, 234)

Perceção sobre ter mais facilidade em pedir auxílio às irmãs (P4, 97)

Perceção positiva sobre a disponibilidade da família para a auxiliar (P4, 98)

Valorização da recomendação de familiares para procurar novo especialista (P4, 124)

Perceção positiva sobre o apoio dos outros (P4, 155)

2.3.5. Perceção negativa sobre o apoio de terceiros

Perceção negativa sobre a dependência de terceiros (P1, 107; P1, 239)

Nervos associados ao facto de ter uma pessoa a realizar a limpeza da casa (P3, 228)

Vergonha de pedir a conhecida para realizar a limpeza da casa (P3, 230)

Percepção de que a limpeza realizada pela instituição não é como gostaria (P4, 93)

Percepção negativa sobre os familiares realizarem as suas tarefas domésticas (P4, 95)

Dificuldade em pedir auxílio a familiares (P4, 96)

Percepção sobre a incapacidade dos familiares para cuidarem de si a tempo inteiro (P4, 161)

Percepção sobre não gostar de incomodar os profissionais de saúde sem ter necessidade (P5, 191)

Percepção negativa sobre o retorno ao domicílio por necessitar de apoio de terceiros (P6, 84)

2.4. Impacto negativo da doença no quotidiano

Percepção de que tudo no dia-a-dia mudou devido à doença (P1, 19; P2, 118; P3, 1; P6, 237)

Percepção de que não pode fazer o que quer devido às limitações causadas pela doença (P1, 20)

Percepção de que está preso à cadeira de rodas (P1, 21)

Percepção de que não faz nada (P1, 23; P6, 238)

Limitações na realização de tarefas domésticas (P1, 32; P3, 232; P3, 233)

Alterações no desempenho de tarefas do seu interesse devido à doença (P1, 38)

Dificuldades em cuidar da mãe devido às dores (P1, 41)

Privação de atividades devido à doença (P1, 46)

Percepção sobre perda de capacidades relacionadas com a falta de atividade (P1, 56)

Limitações para cozinhar devido à cadeira de rodas (P1, 60)

Percepção de riscos associados ao desempenho de tarefas do dia-a-dia (P1, 61)

Descrição das atividades que fazia habitualmente na sua horta (P1, 221)

Referência a quedas no passado (P2, 43; P2, 45)

Dificuldade em calçar meias (P2, 49)

Incapacidade temporária para usar o wc de forma autónoma (P2, 79)

Referência a quedas frequentes (P2, 105; P4, 12; P4, 108)

Perceção de que não pode fazer nada (P2, 119)

Perceção sobre lentidão e exaustão no desempenho de tarefas do dia-a-dia (P2, 161)

Limitações da doença no trabalho do quotidiano (P2, 165)

Dificuldades no uso de transportes públicos (P2, 171)

Necessidade de estar acamada temporariamente (P3, 34)

Perceção sobre não poder cozinhar (P3, 41)

Limitações quanto à realização de esforços (P3, 43)

Perceção sobre o impacto radical da doença no quotidiano (P3, 44)

Perceção sobre estar limitada quanto ao que pode fazer (P3, 74)

Referência a passar o aniversário em internamento (P3, 79)

Dificuldades devido a cansaço fácil (P3, 100)

Reconhecimento de dificuldades físicas há vários anos (P3, 110)

Dificuldade em andar na rua quando está calor (P3, 124)

Perceção de incapacidade temporária para viver sozinha devido a esgotamento (P4, 53)

Realizava tarefas domésticas antes do presente internamento (P4, 87)

Perceção sobre o impacto da falta de saúde no quotidiano (P4, 107)

Referência a queda recente (P4, 135)

Necessidade de sacrificar cuidados dentários em função da institucionalização (P4, 164)

Reconhecimento de limitações no dia-a-dia associadas à doença, mas dificuldade em enumerá-las (P5, 49)

Perceção sobre realizar as tarefas domésticas mais lentamente do que antes dos AVC (P5, 52; P5, 54)

Perceção sobre ter de reaprender devido às limitações da doença (P5, 171)

Necessidade de explicar dificuldades na assinatura de documentos (P5, 196)

Perceção negativa sobre ter de explicar frequentemente a situação de doença (P5, 197)

Perceção sobre dificuldades em escrever com a mão não-dominante (P5, 195)

Perceção negativa sobre escrita com a mão não-dominante (P5, 37)

Perceção sobre a dieta líquida ser enjoativa (P6, 9)

Referência ao facto de no passado ter complicações com a ingestão de medicação (P6, 49)

Referência ao facto de no passado ter de parar quando caminhava devido a problemas na coluna (P6, 80)

Perceção de que tem uma vida monótona atualmente (P6, 240)

Perceção sobre não fazer nada com utilidade (P6, 242)

Perceção sobre tudo ter mudado por não fazer nada (P6, 243)

2.5. Impacto negativo da doença no desempenho da atividade laboral

Paragem da atividade laboral há cerca de dois anos devido à doença (P1, 22)

Perceção de que não teve alternativa se não deixar de trabalhar (P1, 24)

Cessação de atividade laboral devido a consequências da doença crónica (P4, 38)

Referência ao facto de ter deixado de trabalhar após o segundo AVC (P5, 41)

2.6. Impacto negativo da doença no estado psicológico

Reconhecimento do impacto negativo dos pensamentos recorrentes e da ansiedade (P1, 73)

Presença de pensamentos recorrentes (P1, 74)

Pensamentos acerca da iminência da morte (P1, 75)

Pensamentos esporádicos de que teria sido melhor morrer do que viver limitado pela cadeira de rodas (P1, 166)

Dificuldade em controlar pensamentos recorrentes (P1, 226)

Pensamentos recorrentes relacionados com a incerteza em relação ao futuro (P1, 227; P1, 229; P1, 240)

Preocupações relacionadas com a possibilidade de não voltar a andar (P1, 230)

Pensamentos recorrentes acerca da vivência da velhice com baixos rendimentos (P1, 241)

Dificuldades em dormir associadas aos pensamentos recorrentes acerca do futuro (P1, 242)

Sensação de aprisionamento associado às limitações causadas pela doença (P1, 165)

Sensação de solidão associado às limitações causadas pela doença (P1, 198)

Lamentação por não ter visto as suas árvores darem fruto o ano passado (P1, 220)

Perceção de que não será capaz de lidar com uma possível amputação da perna (P1, 237)

Pensamentos focados na doença (P3, 85)

Preocupação com o desequilíbrio postural (P5, 172)

Ansiedade causada pelas dúvidas relacionadas com o futuro da doença (P6, 63)

Ansiedade relacionada com a possibilidade de não voltar a ter uma alimentação sem restrições (P6, 68)

Desânimo relacionado com a possibilidade de não voltar a ter uma alimentação sem restrições (P6, 69)

Ansiedade relacionada com a falta de melhorias no estado de saúde (P6, 71; P6, 74)

Preocupação relacionada com a falta de melhorias no estado de saúde (P6, 72; P6, 75)

Pensamentos recorrentes acerca da incerteza quanto à cura da doença (P6, 73)

Preocupação relacionada com a fragilidade física e a dificuldade em se alimentar (P6, 91)

Choro associado às sensações de desespero e sufoco causadas pelo internamento hospitalar (P6, 133)

Aflição associada às dificuldades em engolir (P6, 152)

Percepção sobre ter sentido ansiedade no âmbito do internamento hospitalar (P6, 183)

Tristeza associada à possibilidade de não melhorar e não voltar à rotina como a conhecia (P6, 182)

Percepção sobre não se sentir realizado atualmente (P6, 241)

Perda de esperança em relação à recuperação do quotidiano prévio à doença (P6, 245)

Desespero associado ao internamento hospitalar (P6, 129; P6, 131)

Sensação de sufoco devido ao internamento hospitalar (P6, 132)

2.7. Impacto negativo da doença na aparência física

Percepção de que cicatriz operatória “mete dó” (P1, 4)

Alterações estéticas devido a intervenção cirúrgica (P2, 10)

Alterações estéticas como consequência da condição crónica (P3, 16; P3, 31; P3, 96)

Mudança na forma de vestir devido ao internamento (P3, 52)

Perda de cuidados cosméticos (P3, 57)

Percepção negativa sobre a sua aparência física devido à perda de peso (P3, 94)

Percepção negativa sobre o aspeto físico no internamento (P3, 157)

Mudanças na aparência (P3, 241)

Percepção sobre a doença a ter desfigurado fisicamente (P3, 252)

Recusa em se olhar ao espelho durante internamento hospitalar (P3, 253)

Susto associado à aparência física durante o internamento hospitalar (P3, 254)

Recusa em aceitar mudanças na aparência física durante internamento hospitalar (P3, 256)

2.8. Impacto negativo da doença no processo de reabilitação

Reconhecimento de limitações físicas que prejudicam o processo de reabilitação (P1, 59)

Percepção sobre o impacto negativo do excesso de peso no processo de reabilitação (P2, 98; P2, 99)

Reconhecimento do impacto das limitações físicas na recuperação (P2, 134)

Consequências da doença que limitam a intervenção médica (P3, 12)

Percepção de que idas frequentes ao wc impedem o aumento de peso (P3, 260)

2.9. Impacto negativo da toma de medicação

Percepção sobre o impacto negativo da medicação no equilíbrio (P4, 10; P4, 24; P4, 82)

Percepção sobre o impacto negativo da medicação (P4, 23)

Mantém-se impacto negativo da medicação, apesar do ajuste (P4, 28)

Impacto negativo da toma de medicação no aspeto físico (P4, 45)

Percepção negativa em relação aos efeitos secundários da medicação (P4, 80)

Dificuldades em realizar ginástica devido aos efeitos secundários da medicação (P4, 83)

2.10. Necessidade de lidar com sintomatologia

Dificuldade em lidar com as manifestações da doença (P1, 43)

Esforço diário para lidar com dores e manter-se bem-disposto (P1, 67)

2.11. Impacto da doença na adoção de comportamentos preventivos

Cuidado de manter o telemóvel perto de si (P3, 56)

Necessidade de ter cuidados para não engasgar (P3, 105)

Cessação de idas à praia devido a problema de saúde (P3, 126)

Uso da cadeira de rodas por precaução (P6, 95)

Evitamento de se deslocar sem a cadeira de rodas por precaução (P6, 97)

2.12. Impacto da doença no desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença

2.12.1. Adaptação de tarefas/objetos do quotidiano

Adaptação da habitação às limitações físicas (P2, 13)

Necessidade de adaptar instrumentos da vida diária (P2, 47)

Adaptação da vida diária às dificuldades colocadas pela doença cr nica (P2, 50; P2, 143; P2, 144; P2, 147; P2, 149)

Necessidade de sentir segurança em relação ao calçado que usa (P2, 145)

Necessidade de adaptar instrumentos para realizar as tarefas domésticas (P3, 146)

Perceção sobre ser necessário criar novos hábitos (P3, 225)

Perceção sobre ser necessário criar hábitos que não existiam antes da doença (P3, 227)

Necessidade de adaptar uso da mão não-dominante para a realização de tarefas, devido à paresia do membro superior esquerdo (P5, 33)

Necessidade de adaptar a escrita   mão não-dominante (P5, 36)

Necessidade de adaptar a escovagem dos dentes   mão não-dominante (P5, 38)

Necessidade de adaptar forma de tomar banho às dificuldades causadas pelos AVC (P5, 68)

Necessidade de realizar novas aprendizagens devido à doença (P5, 69)

Necessidade de se adaptar (P5, 70)

Possibilidade de adaptar piso térreo para habitar, evitando o uso das escadas (P5, 72)

Necessidade de adaptar forma para pegar filha ao colo (P5, 75)

Necessidade de adaptar tarefas que exijam força (P5, 77; P5, 82)

Necessidade de adaptar tarefas que exijam força à mão não-dominante (P5, 80)

2.12.2. Desenvolvimento de estratégias de *coping*

Necessidade de desenvolver competências para lidar com as dificuldades geradas pela doença (P1, 9)

Percepção de que o humor ajuda a lidar com as dificuldades (P1, 72)

Resignação à vivência do dia-a-dia (P1, 79)

Percepção de que não pode desanimar (P1, 109)

Associação da necessidade de controlar o estado psicológico em virtude dos problemas cardíacos (P1, 139)

Estratégias comportamentais para lidar com as dores (P1, 122)

Utilização de estratégias de evitamento e distração para lidar com a doença (P1, 225)

Desenvolvimento de estratégias cognitivas para recuperar (P3, 112)

Evitamento de pensamentos relacionados com agravamento do estado de saúde (P3, 280)

Evitamento de pensamentos relacionados com exames clínicos (P3, 281)

Evitamento sobre pensar no futuro (P3, 278)

Percepção sobre ser mais benéfico viver o dia-a-dia do que pensar a longo-prazo (P4, 169)

Valorização do facto da filha já não estar numa idade em que precisa de colo (P5, 46)

Perceção sobre querer olhar apenas para o futuro (P5, 174)

Evitamento de pensamentos relacionados com o passado (P5, 173)

Perceção sobre ter de enfrentar a situação de doença (P6, 87)

2.12.3. Perceção sobre as estratégias desenvolvidas para lidar com a doença

Perceção positiva sobre ter conseguido adaptar o membro superior não-dominante às suas necessidades (P5, 39)

Perceção positiva sobre tomar banho sentada (P5, 67)

Perceção positiva sobre ter sido capaz de se adaptar às dificuldades (P5, 192)

Perceção positiva sobre capacidade de adaptar a mão não-dominante (P5, 194)

Perceção sobre se ter habituado e adaptado às regras do internamento (P6, 165)

Perceção de que é necessário adaptar para lidar com a doença (P6, 168)

Perceção positiva sobre ter sido capaz de se adaptar às limitações progressivas da doença muscular crónica (P6, 195; P6, 199)

Perceção de que tem sido forte até ao momento (P6, 207)

2.13. Cessação de comportamentos de risco

2.13.1. Descrição de hábitos tabágicos

Cessação tabágica há cerca de 30 anos (P1, 148)

Perceção de consumo excessivo de tabaco no passado (P1, 149)

Duração longa de hábitos tabágicos (P3, 77; P3, 86)

Perceção sobre o prazer de fumar (P3, 87)

Percepção sobre aumento do consumo tabágico em momentos de elevado stress (P3, 88)

Referência a hábitos tabágicos no passado (P4, 41)

2.13.2. Percepção sobre a cessação de hábitos tabágicos

Cessação tabágica definitiva devido a problemas gástricos (P1, 150)

Decisão autónoma e definitiva de cessar hábitos tabágicos (P1, 151)

Percepção de espanto por parte dos outros por ter cessado hábitos tabágicos definitivamente (P1, 152; P1, 153)

Associação entre motivação e medos associados à doença como fonte para cessar hábitos tabágicos (P1, 154)

Valorização da cessação de hábitos tabágicos (P3, 75)

Medo como impulsionador da cessação de hábitos tabágicos (P3, 78)

Indiferença face ao facto de os outros fumarem perto de si (P3, 81)

Percepção sobre ter sido determinada na decisão de cessar hábitos tabágicos (P3, 82)

Percepção sobre sentir determinação em não retomar hábitos tabágicos (P3, 83)

Percepção sobre facilidade em cessar hábitos tabágicos (P3, 84)

Percepção negativa sobre prática de comportamentos de risco no passado (P3, 127)

2.13.3. Cessação de hábitos alcoólicos

Cessação de hábitos alcoólicos (P3, 89)

Cessação de hábitos alcoólicos por vontade própria (P3, 90)

2.13.4. Consumo de café

Referência a consumo excessivo de café no passado (P4, 42)

Relaciona ansiedade com o consumo de café (P5, 116)

Cessação do consumo de café para controlar ansiedade (P5, 117)

2.14. Utilização de objetos de apoio

2.14.1. Referência/identificação de objetos de apoio utilizados

Referência ao uso de pensos diários para lidar com incontinência urinária no passado (P3, 164; P3, 170)

Uso da cadeira de rodas por recomendação da fisioterapeuta (P6, 94)

2.14.2. Percepção positiva sobre a utilização de objetos de apoio

Percepção positiva sobre o uso de objetos de apoio para aumentar percepção de segurança (P3, 158)

Percepção positiva sobre o uso de fralda (P3, 163)

Percepção de segurança devido ao uso de penso diário (P3, 171)

2.14.3. Percepção negativa sobre a utilização de objetos de apoio

Percepção negativa sobre o uso de andarilho (P3, 116)

Recusa em utilizar auxiliar de marcha (P3, 113)

Percepção negativa sobre o uso de cadeira de rodas (P5, 206)

RECURSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

1. Percepção sobre os cuidados de saúde

1.1. Necessidade de recorrer aos cuidados de saúde

Necessidade de recorrer frequentemente a cuidados médicos (P1, 3; P1, 10)

Necessidade de recorrer aos cuidados de saúde adequados (P1, 12)

Percepção de que a necessidade de cuidados de saúde tem-se prolongado (P1, 13)

Necessidade de recorrer a cuidados de saúde diariamente (P1, 40)

Necessidade de recorrer aos cuidados de saúde no passado (P2, 2; P2, 7; P4, 20; P6, 105)

Procura de ajuda profissional para auxiliar na perda de peso (P2, 97)

Percepção de que até à presente condição não recorreu a cuidados médicos (P3, 2)

Necessidade de recorrer a cuidados médicos de urgência (P3, 21)

Necessidade de internamento longo em hospital (P3, 36)

Necessidade de recorrer a médico especialista para perceber origem do desequilíbrio (P4, 29)

Necessidade de recorrer a cuidados hospitalares (P4, 35)

Necessidade de realizar diagnóstico diferencial (P5, 7)

Necessidade de recorrer a Psiquiatra devido a ansiedade (P5, 114)

Necessidade de acompanhamento psicológico após divórcio (P5, 121)

Necessidade de recorrer frequentemente ao hospital até obter diagnóstico (P5, 162)

Referência a realização de fisioterapia em ambulatório (P5, 166)

Necessidade de recorrer ao médico para diagnóstico da condição crónica (P6, 24)

Percepção sobre ser necessário recorrer ao hospital com regularidade (P6, 90)

Percepção sobre não ser uma pessoa que recorre aos cuidados de saúde com frequência (P6, 104)

Percepção sobre ter recorrido pouco aos cuidados de saúde no passado (P6, 119)

Descrição de noite passada nas urgências (P6, 161)

Realização de fisioterapia no passado devido aos problemas de coluna (P6, 106)

1.2. Evitamento de recorrer aos cuidados de saúde

Evitamento de recorrer a cuidados de saúde no passado (P2, 107)

Desvalorização de idas regulares ao médico (P2, 114)

Tentativa de evitar recorrer a cuidados de saúde de urgência (P3, 9)

Evitamento da partilha de sintomas com terceiros para evitar cuidados de saúde (P3, 17)

1.3. Necessidade de acompanhamento médico

Acompanhamento médico mantém-se desde o momento do diagnóstico (P4, 2)

Acompanhamento psiquiátrico devido a ansiedade (P5, 11)

1.4. Perceção positiva sobre os cuidados de saúde

Perceção de que os profissionais de saúde conheciam o seu nível de dor (P1, 70)

Perceção de que a colocação da prótese será rápida (P1, 88)

Valorização da boa relação com os profissionais como impulsionador da vivência hospitalar (P1, 92)

Satisfação com profissionais do hospital (P1, 117)

Compreensão sobre limitações das capacidades dos médicos (P2, 138)

Perceção positiva sobre cuidados médicos (P3, 26)

Valorização dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (P3, 32; P3, 35; P3, 97)

Perceção positiva sobre os profissionais que a têm acompanhado (P3, 236; P4, 121)

Perceção de segurança associada à confiança na médica de família (P4, 122)

Perceção positiva sobre nova especialista (P4, 125)

Perceção positiva sobre o acompanhamento psicológico (P5, 122)

Perceção sobre a evolução dos cuidados médicos (P6, 45)

Perceção positiva sobre ter uma equipa médica a acompanhar o seu caso (P6, 57)

Perceção positiva sobre a equipa médica estar à procura de caracterizar melhor a doença para saber que medicamentos administrar (P6, 62)

Valorização do trabalho dos profissionais de saúde para evitar exposição dos utentes ao falecimento de outros (P6, 147)

Pedido às enfermeiras para ir à rua devido ao desespero que sentia (P6, 130)

Valorização do facto das enfermeiras o terem acompanhado até à rua como pediu (P6, 134)

Perceção de que os Psicólogos podem auxiliar na resolução de problemas (P6, 190)

1.5. Perceção negativa sobre os cuidados de saúde

Culpabilização dos cirurgiões por cirurgia mal realizada (P1, 11)

Culpabilização do cirurgião pelas consequências negativas da cirurgia (P1, 87)

Perceção de que não vale a pena realizar fisioterapia numa clínica (P1, 112)

Explicação de intervenção médica malsucedida (P2, 8)

Admiração face ao facto de os utentes não terem todos o mesmo tratamento (P2, 60)

Perceção negativa sobre ter alta hospitalar sem se sentir bem (P2, 61)

Perceção negativa sobre recuperar de uma cirurgia num lar (P2, 62)

Perceção negativa sobre ser tratada como uma pessoa de idade (P2, 63)

Perceção negativa sobre não ter qualquer atividade pós-cirurgia (P2, 64)

Perceção de que poderia ter beneficiado de fisioterapia mais cedo (P2, 65)

Perceção negativa sobre não ter realizado fisioterapia (P2, 66)

Perceção negativa sobre condições dos lares (P2, 67)

Perceção negativa sobre a capacidade dos lares para receber utentes pós-cirurgia (P2, 68)

Perceção negativa sobre o momento da alta (P2, 70)

Perceção negativa sobre cuidados pouco adaptados a cada situação em lares (P2, 71)

Perceção negativa sobre cuidados prestados no lar (P2, 73)

Perceção negativa sobre as restrições impostas pelos profissionais no lar (P2, 80)

Perceção de conflito entre vontade própria e dos profissionais (P2, 81)

Percepção negativa sobre baixa atividade física no lar (P2, 83)

Percepção negativa sobre o estado de saúde no pós-alta hospitalar (P2, 86)

Percepção negativa sobre não ter recorrido aos cuidados de saúde com frequência (P3, 3)

Estranheza pelo pedido médico de exames clínicos (P3, 4)

Necessidade de aguardar para ter acesso aos cuidados de saúde adequados às necessidades (P3, 37)

Necessidade de mudar médico neurologista por falta de respostas (P4, 77; P4, 123)

Percepção negativa sobre indisponibilidade do médico para a assistir no momento do AVC (P5, 17)

Desconhecimento acerca da evolução do coágulo que causou terceiro AVC (P5, 27)

Percepção sobre baixo rácio de funcionários nas instituições (P5, 95)

Percepção negativa sobre o encaminhamento de utentes no hospital (P5, 163)

Percepção sobre o impacto negativo da greve dos médicos na realização de exame clínico (P6, 136)

Percepção sobre ter chegado ao extremo devido ao adiamento do exame clínico (P6, 137)

Percepção de que poderia ter morrido devido ao adiamento do exame clínico (P6, 138; P6, 140)

Dúvidas em relação ao papel dos Psicólogos (P6, 189)

1.6. Percepção sobre a exigência dos cuidados de saúde

Percepção de que se está sujeito a regras quando se encontra em regime de internamento (P6, 164)

1.7. Dificuldade em lidar com o ambiente hospitalar

Dificuldade em observar ferimentos (P6, 154)

Dificuldade em estar em ambiente hospitalar (P6, 155)

Percepção sobre ser incapaz de observar alguém que esteja ferido (P6, 156)

Dificuldade em estar em ambiente hospitalar no passado (P6, 158)

Estranheza face às situações ocorridas nas urgências (P6, 162)

Percepção positiva sobre nunca ter optado por uma profissão que envolvesse o sofrimento de pessoas (P6, 153)

1.8. Mudanças na forma de lidar com o ambiente hospitalar

Percepção sobre atualmente conseguir lidar com o ambiente hospitalar (P6, 157)

Percepção sobre ter mudado a forma de olhar para os cuidados de saúde (P6, 160)

Percepção sobre as situações nas urgências já não causarem estranheza (P6, 163)

2. Intervenções clínicas

2.1. Identificação das intervenções clínicas

Enumeração de cirurgias que realizou (P1, 1)

Descrição de procedimento cirúrgico (P2, 9)

Descrição de exames clínicos realizados (P3, 91)

Realização de exames clínicos sem anestesia (P3, 92)

Realização de vários exames (P4, 4)

Necessidade de cirurgia (P4, 36)

Necessidade de realizar exames clínicos para controlar a evolução da doença (P6, 61)

2.2. Percepção sobre as intervenções clínicas

Percepção sobre gostar de saber os resultados dos exames clínicos (P2, 91)

Percepção sobre desconforto causado por exames clínicos (P3, 6)

Percepção negativa sobre colostomia (P3, 23)

Sensações de desconforto associadas a intervenções médicas (P3, 102)

Perceção de que a cirurgia é recente e implicou uma grande intervenção (P3, 142)

Valorização do facto de não ter contraído infeção com o uso de algália (P3, 160)

2.3. Medicação

2.3.1. Prescrição de medicação

Descrição do tratamento prescrito (P1, 15)

Descrição de problemas de saúde e respetivos tratamentos (P1, 155)

Necessidade de recorrer a tratamento médico (P2, 33)

Realização de vários tratamentos (P4, 3)

Necessidade de medicação (P4, 5)

Referência a toma de medicação para controlo da depressão (P4, 75)

Toma de medicação para controlo da ansiedade (P5, 10)

Prescrição de medicação pós-AVC (P5, 103)

2.3.2. Perceção sobre a medicação

2.3.2.1. Perceção positiva sobre a medicação

Perceção sobre vantagens da toma de antibióticos (P1, 17)

Evitamento da toma de medicação, exceto quando necessário (P1, 49)

Perceção positiva sobre a toma de medicação como auxílio no processo de luto (P1, 172)

Perceção positiva sobre o ajuste da medicação (P4, 27)

Tentativa de mudança de medicação para controlar desequilíbrio (P4, 25)

Perceção de segurança em relação à medicação prescrita atualmente (P4, 79)

Perceção positiva sobre a toma de medicação para controlo da doença (P6, 64)

2.3.2.2. Perceção negativa sobre a medicação

Considerações acerca do excesso de antibióticos (P1, 16)

Percepção sobre ineficácia da medicação analgésica (P1, 47)

Dificuldade em ajustar medicação para controlar a doença (P4, 7)

Percepção de que toma dosagem elevada de medicação (P4, 9)

Falta de resposta por parte da nova medicação (P4, 26)

Desconhecimento de razões para toma de medicação (P4, 46)

Percepção negativa sobre a prescrição de cortisona (P4, 47)

Percepção negativa sobre os efeitos secundários de medicação prescrita no passado (P4, 118)

2.3.3. Associação entre a medicação e a doença

Associação entre o AVC e a paragem de toma de medicação antidepressiva (P5, 102)

3. Informação médica

3.1. Fontes de informação

Recomendação médica (P2, 58)

Informação médica (P2, 59)

Recurso à internet como fonte de informação sobre a condição crónica (P6, 36; P6, 41)

3.2. Identificação da informação fornecida

Proibição para realizar tarefas (P1, 26)

Recomendação médica sobre perda de peso (P2, 96)

Recomendação médica para que se distraísse após cirurgia (P2, 110)

Percepção médica sobre normalidade da incontinência urinária (P3, 166)

Ausência de restrições na alimentação (P3, 261)

Recomendação para se alimentar (P3, 262)

Recomendação médica para retomar toma de medicação (P4, 120)

Recomendação médica para que cessasse hábitos tabágicos e consumo de café (P4, 44)

Recomendação médica para que recuperasse (P5, 28)

Opinião médica sobre não haver relação entre ambas as condições crónicas de que padece (P6, 20; P6, 29)

Referência ao facto da equipa médica continuar a estudar a caracterização da inflamação do esófago (P6, 35)

Pedido de esclarecimentos à médica que acompanha o caso (P6, 55)

3.3. Perceção positiva sobre a informação médica

Compreensão das recomendações médicas (P1, 55)

Valorização disponibilidade do médico para fornecer informação (P1, 118)

Valorização da explicação médica (P1, 145; P3, 13)

3.4. Perceção negativa sobre a informação médica

Perceção negativa sobre a falta de informação médica acerca da doença (P6, 15)

Dúvidas em relação à informação fornecida pelos médicos (P6, 16; P6, 28; P6, 30)

Perceção sobre a ocorrência de diagnósticos errados (P6, 32)

Perceção sobre a possibilidade de os médicos ocultarem informação sobre o futuro da doença (P6, 42)

Perceção sobre incongruências na informação médica (P6, 53)

Reflexão acerca das incongruências na informação médica (P6, 54; P6, 58)

Dificuldade em perceber em qual opinião médica pode confiar (P6, 56)

3.5. Tomada de decisão com base na informação médica

3.5.1. Tomada de decisão contra a informação médica

Recusa de procedimento de amputação da perna (P1, 231)

Percepção de poder resolver o problema sem recorrer à amputação (P1, 232)

Recusa de cirurgia por observação de caso que correu mal (P1, 124)

Desvalorização de recomendações médicas (P2, 111)

Consequências do incumprimento das recomendações médicas (P2, 113)

Recusa em realizar exames clínicos apesar de recomendação médica (P3, 5)

Decisão de parar toma de medicação prescrita (P4, 119)

Tentativa de deixar de tomar medicação antidepressiva de forma autónoma (P5, 104)

Incapacidade para fazer desmame de medicação antidepressiva (P5, 105)

Controlo de dosagens de medicação antidepressiva conforme percebe o seu estado (P5, 106)

3.5.2. Tomada de decisão de acordo com a informação médica

Evitamento de atividades por recomendação médica (P2, 126; P3, 145)

Valorização das recomendações médicas (P3, 143)

Percepção positiva sobre cumprir as recomendações médicas (P6, 51)

4. Instituição de Reabilitação (Unidades de Cuidados Continuados Integrados)

4.1. Necessidade de recorrer a instituição de reabilitação

Reconhecimento da necessidade de reabilitar (P3, 120; P3, 237)

Descrição da queda que originou o primeiro internamento na instituição de reabilitação (P4, 34)

Realização de fisioterapia na instituição de reabilitação no passado (P4, 21)

Referência ao internamento passado na instituição de reabilitação (P4, 30)

Necessidade de recorrer aos Cuidados Continuados Integrados no passado (P5, 24)

Realização de terapias de reabilitação (P5, 25)

Realização de terapia da fala por razão estética (P5, 26)

Descrição das atividades realizadas na reabilitação (P5, 137)

Descrição de exercícios realizados na fisioterapia (P5, 141)

Perceção sobre possibilidade de não conseguir ingressar nos cuidados continuados integrados (P5, 212)

Decisão da utente de ingressar nos cuidados continuados integrados (P5, 210)

4.2. Perceção sobre a instituição de reabilitação

Perceção de que a reabilitação é melhor numa unidade de internamento do que ao domicílio (P1, 82)

Satisfação com a instituição atual (P1, 89)

Satisfação com os profissionais da instituição (P1, 90)

Perceção de que as enfermeiras conheciam os seus hábitos (P1, 171)

Insatisfação com o facto de não poder prolongar o internamento na instituição atual (P1, 108)

Perceção de que o tempo demora a passar, o que dificulta a vivência do internamento (P1, 228)

Incógnita em relação a resultados de exames clínicos (P2, 90)

Perceção positiva sobre cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (P2, 75; P3, 107)

Perceção negativa sobre a curta duração do internamento na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (P3, 121)

Perceção positiva sobre o ingresso na instituição de reabilitação (P4, 137)

Perceção positiva sobre a fisioterapia numa instituição que não a atual (P5, 134)

Perceção positiva sobre a instituição de reabilitação atual (P5, 142; P5, 151)

Perceção sobre os cuidados no Hospital Curry Cabral serem mais adaptados para faixas etárias mais jovens, como a sua (P5, 153)

Percepção sobre no internamento poder conversar com os profissionais e alguns utentes (P6, 252)

4.3. Reabilitação

4.3.1. Percepção sobre a reabilitação

Exigência por parte da fisioterapeuta (P1, 51)

Satisfação com o nível de exigência da fisioterapia (P1, 52)

Percepção positiva sobre a fisioterapia (P1, 53)

Reconhecimento da necessidade de realizar fisioterapia (P1, 86)

Reconhecimento da necessidade de fazer fisioterapia após a colocação da prótese (P1, 94)

Valorização da reabilitação na instituição (P1, 113)

Valorização do impacto positivo da fisioterapia (P2, 131)

Percepção positiva acerca dos exercícios realizados na reabilitação (P2, 133)

Valorização da exigência da reabilitação (P3, 108)

Valorização dos exercícios realizados na reabilitação (P3, 109)

Percepção positiva sobre reabilitação realizada no passado (P4, 149)

Percepção positiva sobre o processo de reabilitação atual (P4, 150)

Feedback positivo da fisioterapeuta (P4, 151)

Percepção positiva sobre a fisioterapia (P4, 22)

Percepção positiva sobre a fisioterapia na instituição de reabilitação (P4, 37)

Percepção sobre o impacto positivo da reabilitação na recuperação (P5, 29)

Percepção de que não teria a mesma recuperação se não tivesse acesso à reabilitação (P5, 30)

Percepção sobre o impacto positivo da fisioterapia nas melhorias ao nível do membro superior (P5, 64)

Percepção de que um maior número de horas de reabilitação é mais benéfico (P5, 135)

Valorização do trabalho de terapeuta ocupacional na recuperação de capacidades ao nível do membro superior esquerdo (P5, 136)

Percepção positiva sobre massagens realizadas pelo terapeuta ocupacional numa instituição que não a atual (P5, 139; P5, 140)

Percepção negativa sobre os exercícios de fisioterapia serem repetitivos (P5, 133)

Percepção negativa sobre diferenças nas atividades de reabilitação entre instituições (P5, 138)

Percepção negativa sobre determinado exercício de reabilitação (P5, 147)

Percepção negativa sobre exercícios realizados na reabilitação (P5, 148)

Percepção de que não vale a pena questionar as terapeutas em relação aos exercícios realizados (P5, 149)

Percepção de que os exercícios de reabilitação são orientados para pessoas idosas (P5, 150)

Percepção sobre a reabilitação no Hospital Curry Cabral ser melhor do que na instituição de reabilitação atual (P5, 152; P5, 211)

Percepção sobre aborrecimento dos exercícios de reabilitação (P5, 156)

Percepção positiva sobre a reabilitação (P6, 92)

4.3.2. Percepção sobre necessidades em relação à reabilitação

Necessidade de perceber a razão para a realização dos exercícios de reabilitação (P2, 132)

Percepção de que poderia ter recuperado mais se a reabilitação que fez no passado tivesse a mesma qualidade da realizada no Hospital Curry Cabral (P5, 143)

Perceção de que seria benéfico para si usufruir de mais massagens na reabilitação (P5, 154)

4.3.3. Objetivos para a reabilitação

Identifica ganhar equilíbrio como um objetivo da reabilitação (P5, 85)

Identifica conseguir andar como um objetivo da reabilitação (P5, 86)

Identifica melhorias na visão como um objetivo da reabilitação (P5, 87)

Identifica como principal objetivo da reabilitação melhorar o equilíbrio e andar para conseguir trabalhar outras áreas posteriormente (P5, 89)

4.3.4. Motivação para a reabilitação

Elevada motivação para a reabilitação (P2, 135)

Perceção sobre poder parecer pouco motivada por estar saturada da reabilitação (P5, 132)

4.3.5. Sentimentos relacionados com a reabilitação

Alívio por não realizar determinado exercício na reabilitação (P5, 145)

Sentimento de pena por não poder continuar o processo de reabilitação no Hospital Curry Cabral (P5, 209)

4.4. Observação dos outros utentes

Comparação com outros utentes (P2, 141; P6, 65; P6, 150)

Perceção negativa sobre a aparente falta de motivação dos outros utentes (P5, 131)

Observação dos exercícios de reabilitação realizados pelos outros utentes (P5, 144)

Observação de situações críticas durante o internamento hospitalar (P6, 146; P6, 148; P6, 151)

4.5. Troca de experiências com outros utentes

Percepção positiva sobre a troca de experiências com utentes que sofreram a mesma patologia (P5, 130)

Percepção sobre ser difícil curar a doença, a partir da partilha de experiências de outros utentes (P6, 38; P6, 39; P6, 40)

Partilha de experiências acerca da doença com outros utentes (P6, 44; P6, 47)

CATEGORIAS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO

1. Percepção sobre como o indivíduo se vê

1.1. Percepção sobre forma de ser

Descreve-se com uma boa pessoa (P1, 129; P3, 172; P3, 190)

Descreve-se como uma pessoa muito meiga (P1, 129)

Aponta como defeito magoar-se facilmente (P1, 130)

Percepção de que come muito e com frequência (P1, 146)

Percepção de que poderia ser um homem feliz (P1, 187)

Percepção de que é um indivíduo como os outros (P1, 246)

Desvalorização da própria (P2, 106)

Percepção sobre ser “muito descuidada” (P2, 116)

Dificuldade em se descrever (P2, 150; P2, 151)

Percepção sobre ser uma pessoa desenrascada (P2, 155)

Exemplo ilustrativo sobre se considerar uma pessoa desenrascada (P2, 156)

Percepção de que é uma pessoa otimista (P2, 176)

Percepção positiva sobre ser independente e poder fazer o que quer (P3, 73)

Percepção sobre ser uma pessoa que se isola (P3, 132)

Percepção positiva sobre estar sozinha (P3, 133)

Percepção sobre ter um feitio difícil (P3, 180)

Percepção sobre ter feitio próprio (P3, 189)

Percepção sobre ser uma pessoa educada (P3, 211)

Percepção sobre não ser pessimista (P3, 284)

Percepção de que nunca foi uma pessoa com medos (P4, 17)

Percepção sobre ser desastrada (P4, 112)

Percepção sobre ser despassarada (P4, 113)

Percepção de que é “um farrapo” (P4, 126)

Percepção de que não vale nada (P4, 127)

Percepção de que é igual às outras pessoas do sexo feminino (P4, 131)

Percepção sobre ser “stressada” (P5, 100)

Percepção sobre ser uma pessoa muito ansiosa (P5, 115)

Percepção de que não é refilona (P5, 157)

Percepção sobre habitualmente ser uma pessoa calada (P5, 158)

Percepção sobre ter uma baixa autoestima (P5, 177)

Percepção sobre ser uma pessoa reservada (P5, 179)

Percepção sobre ser uma pessoa bem-disposta (P6, 120)

Percepção sobre não ser uma pessoa nervosa (P6, 122)

Percepção sobre ser demasiado descontraído (P6, 169; P6, 173)

Percepção sobre ser desleixado (P6, 170; P6, 172)

Percepção sobre ser calmo (P6, 174)

Percepção sobre viver a vida sem preocupações (P6, 175)

Percepção sobre ser uma pessoa lúcida (P6, 184)

1.2. Percepção sobre forma de ser nas relações interpessoais

Percepção de que é incapaz de mostrar má cara aos outros (P1, 69)

Uso do humor para se relacionar com os outros (P1, 71)

Insatisfação com o facto de poder magoar alguém (P1, 131)

Perceção de que é um defeito seu não ser capaz de magoar o outro (P1, 132)

Descreve-se como humilde, meigo e interessado em estimar quem o estima a si (P1, 133)

Perceção de que exclui os indivíduos com quem se zanga seriamente (P1, 134)

Perceção de que tem um sexto sentido, que lhe permite à primeira vista saber com quem se pode relacionar (P1, 135)

Perceção sobre não se relacionar igualmente com todos os indivíduos (P1, 91)

Perceção de que se relaciona bem com todos (P1, 136)

Evitamento de assumir dificuldades perante os outros (P2, 154)

Perceção sobre ser amiga do seu amigo (P3, 173)

Perceção sobre ajudar quando pode (P3, 174)

Perceção sobre ser boa ouvinte (P3, 175)

Perceção sobre ser incapaz de fingir gostar de alguém (P3, 176)

Perceção sobre ser incapaz de se relacionar com pessoas que falam mal dos outros (P3, 177)

Perceção sobre ser fácil para os outros ler a sua expressão facial (P3, 181; P3, 183)

Perceção sobre ser séria na relação com os outros (P3, 186)

Perceção sobre ser boa anfitriã (P3, 220)

Perceção positiva sobre ser muito conversadora (P4, 140)

Perceção positiva sobre a sua capacidade para exprimir ideias (P4, 157)

Perceção sobre ser simpática (P5, 183)

Perceção sobre conter as suas opiniões (P5, 159)

Perceção de que tem dias em que é mais conversadora do que noutros (P5, 182)

Perceção sobre, por vezes, ser bruta para com os outros (P5, 184)

Perceção sobre não ser conflituoso (P6, 258)

Perceção sobre não ser antipático (P6, 259)

Perceção sobre num primeiro contacto ser reservado (P6, 255)

Perceção sobre ser muito conversador com as pessoas com quem cria empatia e amizade (P6, 257)

1.3. Perceção sobre forma de ser e a doença

Perceção sobre ser uma pessoa doente, mas não velha (P2, 72)

Perceção sobre ser pouco cautelosa quanto a ter o telemóvel perto de si (P2, 41)

1.4. Perceção sobre forma de ser em relação a objetivos

Perceção de que não desiste facilmente dos objetivos (P1, 157)

Perceção de que é teimoso (P1, 156; P3, 15)

Perceção de que é persistente (P1, 158)

Exemplo ilustrativo sobre se considerar persistente (P1, 159)

Perceção sobre não desistir dos objetivos que define (P6, 176)

Perceção sobre não desistir dos objetivos apesar das dificuldades que possam surgir (P6, 177)

Perceção sobre lhe custar desistir de objetivos que acredita que podem ser alcançados (P6, 178)

1.5. Perceção sobre forma de ser associada à atividade laboral

Perceção sobre forma de ser no local de trabalho (P6, 121)

2. (In)Satisfação com forma de ser

Satisfação com feitio próprio (P3, 201; P3, 203)

Perceção sobre ter de se resignar ao feitio próprio (P3, 202)

Perceção de que devia ser mais meiga (P3, 204)

3. Impacto da doença na forma de ser

3.1. Ausência de mudanças na forma de ser devido à doença

Percepção sobre não se sentir diferente dos outros por ter a doença (P4, 132; P4, 138)

Percepção de que não houve implicações da doença na forma como se vê (P4, 141)

Percepção de que não houve alterações na forma como se vê (P4, 145; P6, 219)

Percepção sobre ser o mesmo ao nível cognitivo (P6, 244)

3.2. Mudanças na forma de ser devido à doença

Percepção de que no passado era uma pessoa mais mexida (P1, 45)

Percepção de que é uma pessoa em parte diferente devido à doença (P1, 160)

Percepção de diferenças entre quem era no passado e quem é atualmente devido à diminuição da atividade física (P1, 161)

Percepção de que antes “era uma pessoa vivida” e agora é “uma pessoa terminada” (P1, 162)

Percepção de que é uma pessoa muito diferente devido à doença (P1, 167)

Percepção de que é uma pessoa diferente devido a estar condicionado pela cadeira de rodas (P1, 168)

Percepção de que limitações físicas tornam a pessoa mais calma (P1, 176)

Percepção de que é uma pessoa diferente desde o surgimento das complicações da doença (P1, 195)

Percepção de mudanças na forma de ser devido a não poder fazer o que quer (P1, 196)

Percepção de que se tornou uma pessoa mais triste com a doença (P1, 197)

Percepção sobre não ser tão desenrascada como foi no passado (P2, 159)

Percepção sobre ser uma pessoa alegre antes da doença (P2, 161)

Percepção sobre não ser uma pessoa tão alegre como antes da doença (P2, 162)

Percepção de que se tornou mais meiga (P3, 205)

Perceção sobre mudanças na forma de ser (P3, 206; P5, 186; P5, 189)

Perceção sobre não ser tão tímida como antes da doença (P5, 187)

Perceção positiva sobre conseguir falar com os outros utentes (P5, 190)

Perceção sobre não se considerar uma pessoa doente até ao surgimento da doença atual (P6, 123)

3.3. Perceção sobre a relação entre a doença e a forma como se vê

Associação das quedas à forma como se vê (P4, 111)

Forte convicção de que o AVC foi desencadeado pela ansiedade (P5, 101; P5, 109; P5, 111; P5, 119)

Perceção sobre o possível impacto da ansiedade no desencadear do AVC (P5, 107; P5, 108)

Associação entre estado ansiógeno e sintomas do AVC (P5, 161)

Perceção de que se não fosse tão desleixado talvez não tivesse a doença (P6, 171)

3.4. Perceção sobre a integração do autoconceito

Perceção de que apesar das mudanças se é sempre a mesma pessoa (P2, 164)

Perceção sobre integração de incongruências na forma de ser (P5, 185)

4. Impacto da idade na forma como o indivíduo se vê

Perceção de melhorias do comportamento impulsivo com a idade (P1, 175; P1, 177; P1, 178)

Perceção de que se tornou uma pessoa mais calma com a idade (P1, 182)

Perceção sobre mudanças na forma de ser devido à idade (P5, 188)

5. Medos associados à forma como o indivíduo se vê

Medo de transportar objetos devido à forma como se percebe (P4, 114)

6. Relações interpessoais

6.1. Perceção positiva sobre as relações interpessoais

Interesse em conversar (P1, 137)

Perceção sobre gostar de ajudar os outros que precisam (P2, 20)

Perceção sobre a importância do convívio com os outros (P3, 65)

Perceção positiva sobre nunca ter casado (P3, 71)

Perceção positiva sobre relações amorosas que teve no passado (P3, 72)

Valorização do contacto com os outros (P3, 128)

Valorização de atividades de convívio (P3, 135)

Reconhecimento de relações próximas de amizade (P3, 151)

Perceção positiva sobre o uso do telemóvel para manter contacto com os outros (P3, 153)

Valorização da manutenção de relações de amizade (P3, 155)

Perceção sobre gostar de manter relações de confiança (P3, 178)

Sentimento de consolação devido ao facto de os outros se preocuparem consigo (P3, 197)

Perceção positiva acerca de receber pessoas na sua casa (P3, 219)

Perceção positiva sobre receber visitas (P3, 226)

Perceção sobre se sentir melhor junto de pessoas mais jovens do que de idosos (P4, 139)

Perceção sobre os outros gostarem da própria (P4, 156)

Identificação de número reduzido de relações interpessoais (P5, 98)

Perceção positiva sobre o apoio de amiga no processo de divórcio (P5, 123; P5, 124)

Perceção positiva sobre o auxílio de terceiros no processo de divórcio (P5, 126)

Perceção sobre não ter o hábito de conviver (P5, 97)

Perceção positiva sobre o incentivo de amigo para se manter calmo (P6, 100)

Partilha de experiências de vida com outros (P6, 208)

Perceção sobre gostar muito de conversar (P6, 214; P6, 223; P6, 253)

Perceção sobre gostar muito de conversar e perceber os outros (P6, 221)

Perceção sobre gostar de debater ideias com os outros (P6, 225; P6, 229)

Perceção sobre gostar de debater ideias para tirar conclusões e formar o seu próprio pensamento (P6, 226)

Perceção sobre gostar de pessoas que consigam refletir, compreender e debater assuntos (P6, 233)

Perceção sobre gostar de conviver (P6, 254)

Perceção sobre escolher com quem se quer relacionar (P6, 256)

Perceção sobre se abrir com os outros quando os conhece melhor (P6, 260)

Caso ilustrativo sobre como se relaciona com os outros (P6, 261)

6.2. Perceção negativa sobre as relações interpessoais

Perceção negativa sobre o isolamento (P3, 134)

Perceção sobre não se arrepender quando termina uma relação devido a traições (P3, 198)

Perceção negativa sobre frequentar a casa de outros (P3, 139)

Adiamento de encontros presenciais com os outros (P3, 154)

Perceção de que é ridículo as pessoas falarem sobre o mal que fizeram (P3, 187)

Mágoa associada a traições nas relações (P3, 192; P3, 199)

Pena associada à perda de relações devido a traições (P3, 193)

Dor associada a traições nas relações (P3, 195; P3, 196)

Perceção sobre não conseguir esquecer traições (P3, 200)

Perceção sobre não gostar de sair de casa (P3, 218)

Percepção de desconforto em convívios (P5, 181)

6.3. Perspetiva dos outros acerca da convivência do(a) próprio(a)

Percepção negativa dos outros acerca do tempo reduzido que a participante passa a conviver (P3, 136)

Insistência dos outros para que realize mais atividades em grupo (P3, 138)

6.4. Impacto da doença nas relações interpessoais

Percepção sobre mudanças nas relações interpessoais (P2, 163; P2, 166)

Reconhecimento de limitações na funcionalidade física que têm impacto na convivência com os outros (P2, 168)

Percepção sobre o impacto negativo das limitações nos relacionamentos interpessoais (P2, 175)

Visita de amigos devido à doença (P3, 152)

Percepção positiva sobre rever pessoas próximas devido à doença (P3, 156)

Percepção de que as relações se tornaram mais próximas (P3, 207)

Percepção sobre ter sido acarinhada com aparecimento da doença (P3, 208)

Sentimento de dever em relação a retribuir o carinho recebido (P3, 209)

Percepção positiva sobre mudanças nas relações interpessoais (P3, 212)

Percepção de que os outros não a deixarão estar sozinha em casa como no passado (P3, 224)

Percepção sobre se ter tornado mais sensível ao apoio mostrado pelos outros (P3, 131)

Percepção sobre o impacto negativo da doença nas relações interpessoais (P4, 147)

Não percebe mudanças nas relações interpessoais (P5, 96; P5, 99)

Estabelecimento de relação de amizade com outros utentes (P6, 149)

Percepção sobre não poder debater temas da atualidade com os utentes da instituição (P6, 215)

Percepção sobre alterações nos temas abordados no contacto com os outros (P6, 217)

Percepção sobre o foco das conversas serem o facto de estar doente (P6, 218)

Percepção negativa sobre os temas das conversas com os outros utentes se focarem nas doenças (P6, 239)

6.5. Percepção sobre a importância das relações interpessoais na forma de ser

Percepção positiva sobre a importância de manter relações de convivência para não mudar forma de ser (P2, 167)

7. Crenças

7.1. Crenças relacionadas com a saúde e a doença

Valorização das habitações adaptadas às limitações de cada um (P1, 62)

Percepção de que uma pessoa sem limitações da doença pode fazer o que quer (P1, 163)

Percepção de que boas condições económicas e de habitação permitem uma melhor vivência da doença (P1, 234)

Percepção que as limitações da doença oprimem o doente (P1, 164)

Percepção de que antigamente não havia tempo ou dinheiro para recorrer a cuidados médicos (P1, 127)

Crença de que a “saúde está em primeiro lugar” (P4, 106)

Percepção de que quando se é jovem não se tem doenças (P4, 116)

Percepção de que quando se é jovem não há tempo para estar doente (P4, 117)

Crença de que é preciso saúde, mas também dinheiro (P4, 163)

Percepção sobre ocorrerem milagres em relação aos estados de doença (P6, 33)

Percepção sobre as doenças causarem preocupações (P6, 101)

Percepção sobre haver pessoas que se acomodam com a vivência da doença (P6, 102)

Percepção sobre haver pessoas que recorrem aos cuidados de saúde por hábito (P6, 103)

Percepção sobre se pensar na possibilidade da morte devido à gravidade da doença (P6, 142)

Percepção sobre no passado parecer que as doenças só aconteciam aos outros (P6, 166)

7.2. Crenças acerca da relação corpo-mente

Associação entre corpo e mente (P5, 92)

Crença de que a mente comanda o corpo (P5, 120)

7.3. Crenças religiosas

Crença em Deus (P1, 76; P1, 115; P1, 205; P1, 236; P2, 23; P2, 30; P2, 44; P2, 94; P2, 121; P2, 153; P2, 172; P2, 178; P3, 19; P3, 24; P3, 27; P3, 32; P3, 76; P3, 194; P4, 170)

Agradecimento a Deus por não ter contraído infeção urinária (P3, 162)

Pedido de perdão a Deus (P3, 255)

Crença de que Deus a ajudará a ultrapassar a doença (P3, 266)

Percepção sobre sempre ter acreditado em Deus (P3, 267)

Percepção positiva acerca do auxílio da fé para lidar com o processo de doença (P3, 268)

Reza e agradece a Deus diariamente (P3, 269)

Crença de que entidades religiosas estiveram presentes no processo de doença (P3, 270)

Reza diariamente (P3, 271)

Não frequenta a igreja (P3, 272)

Identifica-se como católica (P3, 273)

Percepção sobre respeitar a religião (P3, 274)

Percepção positiva sobre determinada igreja e as sensações envolvidas (P3, 275)

Recusa em ir à igreja por obrigação (P3, 276)

Crença de que existe um ser superior (P6, 231)

7.4. Crenças acerca da resolução de problemas

Percepção de que a violência não resolve os problemas (P1, 180)

Percepção de que o uso de estratégias de evitamento são mais eficazes que o confronto físico (P1, 181)

Percepção sobre ser necessário ter capacidade para refletir e resolver os problemas (P6, 188)

Percepção positiva sobre o uso do diálogo para resolver problemas (P6, 210)

Percepção sobre os conflitos não se resolverem com violência (P6, 211)

7.5. Crenças relacionadas com a aparência física

Percepção de que a aparência estética deve ser diferente consoante a idade (P3, 242)

Percepção sobre a importância do cuidado com a imagem (P3, 64)

7.6. Crenças relacionadas com o ser humano

Percepção sobre cada indivíduo ter a sua maneira de ser (P2, 19)

Percepção de que o corpo humano cria hábitos (P3, 114)

Percepção pessoal sobre a expressividade do olhar (P3, 182)

Percepção sobre cada um ter liberdade para decidir as suas ações (P3, 185)

Crença de que o mal é para quem o pratica (P3, 188)

Percepção de que aos 20 anos não se toma atenção às recomendações dos outros (P4, 43)

Crença de que é necessário esforço ao longo da vida (P4, 103)

Percepção de que cada indivíduo tem problemas em diferentes áreas da vida (P4, 133)

Percepção de que é comum haver problemas conjugais (P4, 134)

Percepção de que cada indivíduo tem capacidades diferentes (P4, 142)

Percepção sobre a existência de diferenças inter-individuais (P4, 144)

Percepção sobre haver indivíduos com mais dificuldades do que a própria (P4, 148)

Percepção sobre os comportamentos deverem estar de acordo com os pensamentos (P6, 234)

7.7. Crenças relacionadas com as relações interpessoais

Percepção sobre as amizades não poderem ser compradas (P3, 184)

Crença de que mais vale estar só do que mal-acompanhada (P5, 129)

7.8. Crenças acerca da verdade dos factos

Percepção sobre não haver verdades absolutas (P6, 235)

Percepção de que a verdade se descobre com a observação e discussão (P6, 236)

8. Identificação de gostos e interesses

Reconhecimento do interesse em cozinhar (P1, 37)

Valorização da arrumação da casa (P1, 207)

Preferência por t-shirts em vez de camisas (P1, 218)

Percepção sobre gostar de comer (P2, 88)

Valorização da realização de atividades de lazer (P3, 46)

Isolamento como preferência (P3, 137)

Percepção positiva sobre a solidão (P3, 213)

Percepção sobre não gostar de conviver (P5, 178; P5, 180)

Percepção sobre gostar de ler e ouvir debates e conferências (P6, 224)

9. Rede de apoio

9.1. Identificação e áreas de influência da rede de apoio

Incentivo de familiar para ir com regularidade ao médico (P2, 115)

Percepção sobre insistência de familiar para recorrer a cuidados de saúde de urgência (P3, 10)

Reconhecimento do apoio de amigos (P3, 149)

Irmãs como rede de apoio (P4, 65)

Incentivo por parte da mãe para superar esgotamento (P4, 52)

Incentivo por parte de amiga para continuar na reabilitação (P4, 154)

9.2. Percepção positiva sobre a rede de apoio

Valorização do facto de não estar sozinha no momento da queda (P2, 40)

Partilha de experiências relacionadas com a doença (P2, 139)

Percepção positiva sobre rede de apoio próxima geograficamente (P3, 55)

Percepção sobre “ter muita sorte” devido à rede de apoio que possui (P3, 129)

Desconhecimento da rede de apoio até ao momento de internamento (P3, 130)

Percepção positiva sobre disponibilidade da rede de apoio na doença (P3, 179)

Percepção positiva sobre disponibilidade da rede de apoio (P3, 214; P3, 216)

Percepção positiva sobre a rede de apoio (P3, 215; P4, 101; P4, 102)

9.3. Percepção negativa sobre a rede de apoio

Percepção sobre rede de apoio diminuta (P2, 18)

Percepção sobre não ter a quem pedir ajuda (P2, 54)

EXPERIÊNCIAS DE VIDA

1. Percepção sobre as experiências de vida

1.1. Percepção sobre experiências de vida do passado

Empatia com as dificuldades vividas por indivíduos que são abandonados devido a experiências anteriores (P1, 184)

Memórias negativas do passado (P1, 185)

Arrependimento associado a decisões tomadas no passado (P1, 186)

Percepção positiva sobre ganhos ao longo da vida (P4, 48)

Incapacidade para conciliar estudos e trabalho no passado (P4, 49)

1.2. Percepção sobre a dinâmica familiar

Recusa em que seja outra mulher que não o próprio a cozinhar (P1, 33)

Percepção negativa da relação com a irmã com quem habita (P1, 105)

Percepção positiva da relação com a irmã com quem entende ter um feitiço idêntico (P1, 106)

Relação próxima com falecida mãe (P3, 48)

Referência a sentimentos nutridos pela mãe (P4, 55)

Percepção positiva sobre a relação com a mãe (P4, 56)

Percepção de que o pai foi pouco presente (P4, 58)

Percepção de que a mãe trabalhava muito (P4, 59)

Percepção sobre reforma precoce do pai (P4, 60)

Percepção sobre diferenças entre a relação estabelecida com o pai e com a mãe (P4, 57)

Percepção negativa sobre a relação estabelecida com o pai (P4, 61)

1.3. Percepção sobre o papel de cuidador

Incapaz de abandonar a mãe na fase da velhice (P1, 191)

Descrição dos cuidados prestados enquanto principal cuidador da mãe (P1, 193)

Referência às visitas diárias ao marido no lar (P2, 21; P2, 36)

Descrição da necessidade de cuidados de saúde do marido (P2, 22)

Descrição dos problemas de saúde do marido (P2, 24; P2, 27; P2, 28)

Valorização do facto do marido a reconhecer e conversar consigo (P2, 25)

Espanto em relação à recuperação do marido (P2, 26)

Reconhecimento da necessidade do marido ser acompanhado por profissionais competentes (P2, 29)

Valorização do facto de nunca ter abandonado a mãe (P3, 49)

Principal cuidadora da mãe até ao seu falecimento (P3, 69)

Valorização do facto de ter cuidado sempre da mãe (P3, 70)

Principal cuidadora do pai durante 10 anos (P4, 63)

Perceção sobre dificuldades de cuidar do pai (P4, 64)

Perceção sobre dificuldades laborais devido ao facto de ser cuidadora do pai (P4, 66)

Impacto negativo do papel de cuidadora no estado psicológico (P4, 67)

1.4. Perceção sobre ausência de papel parental

Arrependimento de não ter sido mãe (P4, 72)

Perceção de que teria sido uma boa mãe (P4, 73)

1.5. Perceção sobre a perda de figuras significativas

Referência ao falecimento da mãe (P1, 97)

Dificuldade em processar o luto da mãe em associação a período de internamento pós-cirúrgico (P1, 170)

Relação de dependência com a mãe (P1, 192; P1, 194)

Perceção de que será difícil estar na sua habitação, uma vez que a sua mãe já faleceu (P1, 222)

Perceção de que não permanecerá muito tempo na sua habitação diariamente devido às recordações da sua falecida mãe (P1, 223)

Necessidade de arranjar atividades fora da habitação (P1, 224)

Perceção sobre não se sentir sozinha, mas sentir falta da presença da mãe (P3, 54)

Percepção sobre o impacto negativo do falecimento da mãe no convívio com os outros (P3, 47)

Percepção sobre morte repentina da mãe (P3, 50)

Impacto da morte da mãe na forma de vestir (P3, 51)

Percepção de que tem conseguido lidar com o falecimento da mãe (P3, 53)

Associação de perda de cuidados cosméticos com o falecimento da mãe (P3, 60)

Identificação da falecida mãe como a companheira de casa (P3, 217)

Referência ao falecimento da mãe como obra do destino (P4, 62)

1.6. Percepção sobre o impacto negativo dos comportamentos parentais

Percepção sobre a influência negativa da relação dos pais na sua capacidade para manter relações amorosas (P1, 188; P1, 190)

Decisão de não ter casado por influência negativa do pai (P4, 69; P4, 74)

1.7. Percepção sobre experiências amorosas

Percepção sobre ter ultrapassado o divórcio (P5, 125)

Desejo de encontrar uma pessoa especial (P5, 127)

Desistência de procurar uma relação amorosa (P5, 128)

Referência a relação amorosa antes do terceiro AVC (P5, 160)

Ressentimentos relacionados com o ex-marido (P5, 175)

Recusa em ter relações amorosas devido a experiências anteriores (P5, 169)

Percepção sobre não querer relações amorosas devido a experiências anteriores (P5, 176)

1.8. Percepção sobre a atividade laboral

1.8.1. Informação acerca da atividade laboral

Referência a estar reformado (P1, 213; P5, 43)

Decisão de iniciar atividade laboral (P2, 112)

Descrição de atividades laborais desempenhadas no passado (P2, 158)

Perceção sobre a antiga profissão exigir cuidados cosméticos (P3, 59)

Descrição da reforma (P3, 68)

Referência a profissão na área fabril no passado (P3, 150)

Referência ao início da reforma (P4, 31)

Referência ao trabalho como lojista (P4, 32)

1.8.2. Perceção positiva sobre a reforma

Perceção positiva sobre o primeiro ano de reforma (P3, 63)

Perceção de que o pedido de reforma podia ter sido negado (P5, 44)

1.8.3. Perceção negativa sobre a reforma

Perceção negativa sobre a falta de atividade laboral (P3, 62)

Perceção negativa sobre não poder manter atividade profissional (P4, 91)

1.8.4. Sentimentos associados à cessação da atividade laboral

Vontade de chorar devido ao facto de não poder manter atividade profissional (P4, 89)

Sentimento de inutilidade devido ao facto de não poder manter atividade profissional (P4, 90)

Conformidade com o facto de estar reformada (P5, 45)

1.8.5. Perceção sobre o impacto negativo da reforma

Alterações na rotina das refeições devido a não poder desempenhar atividade laboral (P1, 147)

Perceção sobre ter sido “muito vaidosa” no passado (P3, 58)

Associação de perda de cuidados cosméticos com a reforma (P3, 61)

Perceção sobre o impacto negativo da reforma no cuidado com a imagem (P3, 66)

Percepção sobre o impacto negativo da reforma no convívio com os outros (P3, 67)

Percepção sobre o impacto negativo da reforma, devido à doença, nas relações interpessoais (P4, 146)

2. Percepção sobre o desenvolvimento de competências com as experiências de vida

Necessidade de desenvolver competências na cozinha devido ao facto de ter sido o cuidador principal da mãe (P1, 35)

Capacidade para reconhecer comportamentos impulsivos do próprio (P1, 173)

Uso de estratégias de evitamento para lidar com comportamentos impulsivos do próprio (P1, 174; P1, 179)

Percepção sobre aprendizagens com as experiências de vida (P1, 183)

3. Associação entre experiências de vida e a doença

Associação de problemas de saúde atuais com ocorrências do passado (P1, 125)

Associação entre comportamentos de risco e problemas de saúde (P1, 143)

Percepção de que não deveria ter consumido bebidas alcoólicas no passado (P1, 144)

Associação da manifestação da doença crónica a fenómenos externos (P2, 5)

Percepção de que devia ter continuado a realizar fisioterapia ao longo dos anos (P6, 108)

Desistência da fisioterapia no passado devido à atividade laboral e extratrabalho (P6, 109)

Percepção sobre ter procurado aproveitar a vida enquanto era jovem, acabando por descorar da fisioterapia (P6, 110)

Percepção negativa sobre ter desistido da fisioterapia no passado (P6, 118)

Percepção sobre nunca ter faltado ao trabalho devido a questões de saúde (P6, 124)

4. Associação entre acontecimentos de vida e a forma como se vê

Percepção sobre a influência de acontecimentos de vida na forma como se vê (P4, 128)

Perceção sobre oscilações na forma como se vê (P4, 129)

Perceção de que já teve uma pior opinião sobre si no passado (P4, 130)

PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA

1. Elevada perceção de autoeficácia

Elevada perceção de autoeficácia para cozinhar (P1, 34; P1, 36)

Perceção positiva da sua capacidade para se relacionar com os outros (P1, 138)

Elevada perceção de autoeficácia para a realização das tarefas domésticas (P1, 205; P1, 206; P5, 50)

Perceção positiva sobre os seus cozinhados (P1, 208)

Perceção sobre ser capaz de contornar as limitações (P2, 34)

Valorização da recuperação da capacidade de usar o wc (P2, 123)

Elevada perceção de autoeficácia para se manter direita (P3, 111)

Perceção positiva sobre ser capaz de gerir e cuidar de si autonomamente (P3, 115)

Perceção sobre ser capaz de ultrapassar dificuldades (P3, 191)

Perceção positiva acerca da capacidade para lidar com as limitações causadas pela doença (P3, 235)

Perceção sobre no futuro ser capaz de caminhar na rua apoiada em carros ou paredes (P3, 247)

Perceção sobre já ser capaz de andar (P3, 249)

Confiança na capacidade para reabilitar (P4, 153)

Elevada perceção de autoeficácia para o uso da mão não-dominante para a realização das tarefas domésticas (P5, 51)

Elevada perceção de autoeficácia para subir e descer escadas (P5, 71)

Perceção sobre ser capaz de ultrapassar as dificuldades quando é necessário (P6, 159)

Perceção positiva sobre a sua capacidade de refletir e reagir (P6, 209)

Perceção positiva sobre a sua capacidade de refletir sobre os comportamentos dos outros (P6, 212)

Perceção positiva sobre a sua capacidade para compreender os comportamentos dos outros (P6, 213)

2. Baixa perceção de autoeficácia

Perceção de que não consegue fazer nada (P1, 44)

Perceção de incapacidade para a realização de tarefas do dia-a-dia (P1, 54)

Perceção sobre ser incapaz de se colocar de joelhos (P1, 64)

Perceção de que não é capaz de manter relações amorosas (P1, 189)

Perceção sobre incapacidade para realizar tarefas que envolvam os membros inferiores (P2, 129)

Baixa perceção de autoeficácia para cortar as unhas dos pés (P2, 148)

Dúvida em relação às próprias capacidades (P2, 152)

Baixa perceção de autoeficácia para se manter em pé por longos períodos de tempo (P4, 40)

Baixa perceção de autoeficácia para a realização de ginástica (P4, 84)

Baixa perceção de autoeficácia para fazer ginástica rítmica (P4, 85)

Baixa perceção de autoeficácia para a realização de tarefas domésticas (P4, 94)

Perceção sobre não conseguir fazer o suficiente (P4, 104)

Incapacidade para usar a faca com a mão não-dominante (P5, 34)

Incapacidade para adaptar o uso da mão não-dominante a objetos de corte (P5, 35)

Incapacidade para pegar crianças ao colo (P5, 47)

Perceção de que é impossível conseguir pegar numa criança ao colo (P5, 48)

Incapacidade para realizar atividade laboral após o segundo AVC (P5, 42)

Baixa perceção de autoeficácia para pegar filha ao colo (P5, 74)

Percepção sobre não estar capaz de reabilitar quando ingressou nos Cuidados Continuados Integrados (P6, 135)

Percepção sobre não conseguir realizar atividades que exijam motricidade fina (P6, 198)

3. Mudanças na percepção de autoeficácia

3.1. Mudanças na percepção de autoeficácia devido à doença

Percepção sobre incapacidade para realizar tarefas domésticas devido às limitações causadas pela doença (P1, 209)

Elevada percepção de autoeficácia no passado para atividades de lazer (P2, 35)

Percepção sobre atualmente não conseguir desempenhar as tarefas como no passado (P2, 160)

Percepção sobre confiar menos nas capacidades atuais (P2, 174)

Percepção sobre incapacidade para usar a mão não-dominante antes da doença (P5, 193)

Percepção sobre antes da doença muscular crónica conseguir fazer atividades que envolviam motricidade grossa (P6, 23)

Referência a ser capaz de realizar todo o tipo de atividades no passado (P6, 117)

Percepção sobre ter sido uma pessoa independente, apesar das limitações causadas pela doença muscular crónica (P6, 194)

Percepção sobre não conseguir realizar atividades que exijam força física (P6, 197)

3.2. Mudanças na percepção de autoeficácia devido à reabilitação

Aumento da percepção de autoeficácia para usar o wc (P2, 78)

Aumento da percepção de autoeficácia devido a melhorias obtidas com a reabilitação (P2, 130)

Aumento da percepção de autoeficácia para andar (P3, 118)

Aumento da percepção de autoeficácia para usar transportes públicos (P3, 119)

Percepção sobre já ser capaz de andar sem a cadeira de rodas (P6, 96)

4. Ausência de impacto da percepção de autoeficácia no desempenho de atividades

Não recusa atividades de ginástica, apesar de baixa percepção de autoeficácia (P4, 86)

FUTURO

1. Percepção acerca do futuro

1.1. Percepção sobre o futuro em geral

Incerteza quanto ao futuro (P1, 5; P2, 58)

Percepção positiva sobre o futuro (P2, 177)

Procura de olhar para o futuro de forma positiva (P2, 182)

Percepção sobre agora iniciar uma vida nova (P3, 238)

Incógnita em relação ao futuro (P3, 277)

Percepção positiva sobre o trajeto que delineou para si (P4, 158)

Percepção negativa sobre o futuro (P4, 159; P4, 167)

Percepção sobre o impacto negativo da idade no futuro (P4, 160)

Preocupações relacionadas com o futuro (P4, 168)

Percepção sobre ter sentimentos contraditórios em relação ao futuro (P6, 179)

Sentimento de esperança em relação ao futuro (P6, 180)

Sentimento de desânimo em relação ao futuro (P6, 181)

1.2. Percepção sobre o futuro em relação à doença

Percepção sobre a possibilidade de não poder colocar uma nova prótese (P1, 7)

Incerteza quanto ao que poderá acontecer quando o antibiótico perder o seu efeito (P1, 18)

Percepção de que se irá “aguentar” com melhorias no seu estado de saúde (P3, 279)

Percepção negativa sobre a possibilidade de não normalizar a visão (P5, 88)

Percepção positiva sobre a possibilidade de recuperar o equilíbrio postural (P5, 203)

Percepção sobre apenas lhe restar ter esperança e esperar melhorar (P6, 52)

Preocupação extrema com a incerteza quanto à duração das dificuldades na alimentação (P6, 98)

Incerteza quanto à duração da doença (P6, 99)

Percepção sobre a possibilidade de não se conseguir adaptar à progressão rápida da doença muscular crónica (P6, 200)

Percepção negativa sobre a evolução do estado de saúde (P6, 202)

Percepção sobre a possibilidade de a doença alterar os seus comportamentos (P6, 206)

Percepção sobre estar num impasse em relação à evolução da doença (P6, 251)

Percepção sobre as alterações no quotidiano serem temporárias devido à doença (P6, 250)

1.3. Percepção sobre o futuro após a alta da instituição de reabilitação

Incerteza face ao retorno ao domicílio de forma autónoma (P1, 29)

Percepção sobre ser importante não fazer esforços no retorno ao domicílio (P1, 101)

Insatisfação com o facto de permanecer num local fechado após a alta (P1, 102)

Incapacidade para receber amigos no domicílio (P1, 103)

Percepção de que não pode acolher amigos no domicílio por estar na habitação da irmã (P1, 104)

Desconforto em relação a habitar na casa da irmã (P1, 199)

Sensação de não se sentir bem-vindo à casa da irmã (P1, 201)

Percepção de que a irmã o está a acolher como uma obrigação (P1, 202)

Percepção de que não está à vontade por não estar na sua habitação (P1, 210)

Saturação das atividades de lazer disponíveis no retorno ao domicílio tendo em conta as suas limitações (P1, 211)

Identificação de pontos positivos do retorno ao domicílio (P1, 110)

Perceção de que será bem tratado pela irmã (P1, 200)

Perceção positiva sobre o retorno ao domicílio para casa própria (P1, 212)

Reconhecimento da possibilidade de ser alvo de apoio instrumental de terceiros (P2, 181)

Planeamento de realizar fisioterapia em ambulatório (P3, 122)

Perceção de que no retorno ao domicílio é que saberá as suas capacidades (P5, 84)

Perceção de que a sua filha irá viver consigo, mas não imediatamente após a alta (P5, 200)

Perceção sobre ter de ganhar confiança na habitação para que a filha possa viver consigo (P5, 201)

Perceção positiva sobre realizar fisioterapia no futuro (P6, 82)

1.4. Perceção sobre o impacto da reabilitação no futuro

Necessidade de recuperar o equilíbrio postural para se deslocar na habitação (P5, 202)

Perceção sobre haver a possibilidade de recuperar a capacidade de andar (P6, 78)

Perceção sobre poder ter alta da instituição de reabilitação quando recuperar as suas capacidades (P6, 81)

1.5. Perceção sobre o futuro em relação às relações interpessoais

Perceção sobre no futuro poder continuar a debater temas da atualidade com os outros (P6, 216)

Perceção de que no futuro poderá continuar a relacionar-se com os outros como sempre fez (P6, 220; P6, 222)

1.6. Perceção sobre o futuro em relação à saúde mental

Percepção de que a ansiedade associada à doença pode originar uma depressão (P6, 187)

Percepção sobre no futuro poder sofrer de depressão devido à doença (P6, 191)

Preocupação com a possibilidade de poder sofrer de depressão (P6, 193)

Percepção de que a ideia da irreversibilidade da doença pode levá-lo à depressão (P6, 203)

2. Expectativas em relação ao futuro

2.1. Expectativas em relação à doença

Expectativa de melhorias no final do ano (P1, 57)

Expectativa de melhorias na marcha e na colocação da prótese (P1, 80)

Expectativa de retorno a instituição de reabilitação (P1, 81; P1, 111)

Expectativa de voltar a andar de forma autónoma (P1, 93)

Expectativa de que o estado de doença seja temporário (P3, 98)

Expectativa de que a reabilitação ajude na recuperação (P4, 152)

Expectativa de não repetir situação extrema da doença (P6, 4)

Expectativa de voltar a fazer uma alimentação sem restrições (P6, 43)

Esperança de recuperar completamente da doença (P6, 60)

Expectativa de voltar a realizar as mesmas atividades, ainda que com limitações (P6, 248)

2.2. Expectativas em relação à atividade laboral

Expectativa de voltar à vida profissional, ainda que com limitações nas tarefas que pode desempenhar (P1, 214)

Expectativa de voltar à atividade laboral (P6, 246)

2.3. Expectativas em relação à forma de ser

Expectativa de manter as relações interpessoais (P6, 247)

Expectativa de que os comportamentos e atitudes não se alterem (P6, 249)

3. Desejos em relação ao futuro

Desejo de retornar a habitação própria (P1, 31)

Desejo de voltar a ingressar na instituição de reabilitação (P1, 114; P1, 116)

Desejo de retornar a habitação própria e viver sozinho (P1, 203)

Manifestação de vontade de viver (P1, 215)

Desejo de voltar a casa e poder passear no quintal (P1, 219)

Desejo de ter casa própria (P1, 245)

Desejo de retomar ao cotidiano prévio ao estado atual de saúde (P2, 179)

Desejo de ser capaz de adaptar e lidar com limitações (P2, 180)

Desejo de ser tão desenrascada como foi no passado (P2, 55)

Desejo de não parar de realizar fisioterapia (P3, 123)

Desejo de não causar retrocessos na recuperação (P3, 144)

Desejo de deixar de usar fralda (P3, 165)

Desejo de não ser pessimista (P3, 282)

Desejo de que a filha volte a morar consigo (P5, 198)

Desejo de conseguir realizar as tarefas do cotidiano (P5, 199)

Desejo de melhorar para retornar ao domicílio (P5, 207)

Desejo de fazer alimentação sem restrições (P6, 13)

Desejo de não sofrer de depressão (P6, 204)

Desejo de ser capaz de se adaptar às limitações que possam surgir (P6, 205)

4. Medos em relação ao futuro

Medo relacionado com incerteza quanto à colocação da nova prótese (P1, 8)

Receio em relação ao futuro (P1, 233)

Receio de sofrer de depressão no futuro (P6, 186)

OUTRAS

1. Limitações causadas pela arquitetura dos espaços

Descrição da desadequação da habitação própria às limitações físicas atuais (P1, 63)

Dificuldades na deslocação devido a piso irregular nas ruas (P3, 246)

2. Perceção sobre questões económicas

Perceção de que não tem condições económicas favoráveis (P1, 235)

Perceção sobre não ter dívidas (P2, 157)

Baixos rendimentos (P4, 162)

Valorização do facto de ter rendimentos para além da reforma (P4, 165)

Perceção sobre insuficiência dos rendimentos (P4, 166)

3. Perceção sobre habitação própria

Descrição das condições de habitação própria (P1, 30)

Descrição dos eletrodomésticos que tem na sua habitação (P1, 216)

Descrição de como habitualmente realizava o tratamento da roupa (P1, 217)

Possibilidade de perder habitação própria devido às condições do imóvel (P1, 243)

Descrição das condições degradantes da habitação própria (P1, 244)

Referência a habitar com a filha, em casa ao lado dos pais (P5, 73)

4. Perceção sobre o conceito depressão

Dúvidas em relação à existência de depressão (P6, 185)

Perceção sobre não saber o que é uma depressão (P6, 192)

Perceção de que a depressão tem que ver com a perda de lucidez e incapacidade para refletir sobre os problemas (P6, 201)

5. Opinião sobre assuntos relacionados com a sociedade

Perceção sobre a evolução da mentalidade da população em relação à política (P6, 227)

Percepção sobre a política (P6, 228)

Percepção sobre a religião (P6, 230)

Valorização da reflexão e pesquisa por parte da ciência (P6, 232)